

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

Les protocoles de coopération entre professionnels de santé à l'hôpital *Le rôle du cadre de santé*

Amandine LANDRIN

DCS@22-23

Note aux lecteurs

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

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

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

Remerciements

À Laurence Nicouleau,
Ma directrice de mémoire qui m'a accompagnée et guidée tout au long de la rédaction de ce travail de recherche.

Aux formatrices et Directeur de l'ESM,
Qui par leur bienveillance à notre égard nous ont encouragés à persévérer malgré les difficultés rencontrées.

Aux professionnels,
Pour avoir accepté de participer aux entretiens et pour ces partages d'expérience qui m'ont permis d'enrichir ma réflexion.

À mes collègues de promotion,
Pour ces moments passés et cette année que l'on n'oubliera jamais.

À mon amie Anne,
Qui a toujours été présente dans les bons comme dans les moments difficiles.

À mon mari et à mon fils,
Que je ne remercierais jamais assez pour m'avoir encouragée et soutenue durant ces dix mois de formation.

Sommaire

Introduction	4
1 Les protocoles de coopération dans leur contexte	6
1.1 La situation d'émergence	6
1.2 L'histoire des protocoles de coopération entre professionnels de santé	8
1.2.1 Les travaux du professeur Berland.....	8
1.2.2 Le protocole ASALÉE, une réussite en la matière	10
1.2.3 Une évolution législative de plus d'une décennie	10
1.3 Le développement des protocoles de coopération	13
1.3.1 Les professionnels concernés	13
1.3.2 Le processus de mise en œuvre de ces dispositifs.....	14
1.3.3 Des statistiques existants mais disparates	16
1.4 Une multiplicité de visions et d'objectifs au cœur d'une interdisciplinarité	17
1.4.1 La vision des directions d'établissements de santé	17
1.4.2 L'approche du point de vue médical.....	19
1.4.3 Le point de vue des professions paramédicales.....	20
1.4.4 Le ressenti des patients.....	21
1.5 Une synthèse par la méthode SWOT	22
2 Le rôle du cadre de santé dans le développement des protocoles de coopération	23
2.1 La définition de la mission de conduite de projet	23
2.1.1 Les étapes importantes à la conduite de projet	24
2.1.2 La résistance au changement.....	25
2.2 Un management de la coopération	26
2.2.1 La notion de coopération.....	26
2.2.2 Le tandem médecin et cadre de santé	27
2.2.3 Les styles de management pouvant être utilisés par le cadre de santé	28
2.2.4 L'importance d'une communication efficace	31
2.3 La constitution de l'équipe déléguée	32
2.3.1 L'engagement des équipes au projet par la motivation et l'implication.....	32
2.3.2 La notion de compétence	35
2.3.3 Le développement de compétences des paramédicaux par le développement professionnel continu	37
2.3.4 La formation des paramédicaux aux protocoles de coopération	38
La question de recherche	39

3	La méthodologie des démarches d'enquête et d'analyse	40
3.1	La démarche d'enquête	40
3.1.1	L'objectif de la démarche.....	40
3.1.2	Le choix de la population	40
3.1.3	L'outil d'enquête et sa conception.....	42
3.1.4	L'organisation de l'enquête et ses règles de fonctionnement	42
3.1.5	La synthèse récapitulative de la démarche d'enquête	43
3.2	La méthodologie d'analyse	44
3.2.1	Du recensement des informations à l'analyse	44
3.2.2	Une analyse réflexive des données recueillies.....	44
4	L'analyse des entretiens.....	45
4.1	Le déroulement des entretiens au regard des professionnels interrogés	45
4.1.1	La présentation des professionnels ayant participé au développement d'un protocole de coopération.....	45
4.1.2	La durée des entretiens.....	46
4.2	Les professionnels de santé : une place au cœur de l'institution	47
4.2.1	Un fort engagement institutionnel du corps médical	47
4.2.2	Autonomie des cadres de santé et place légitimée au sein de l'institution hospitalière	48
4.3	Le développement des protocoles de coopération	49
4.3.1	Une expression de la motivation sous diverses formes.....	49
4.3.1.1	La motivation porteuse de l'engagement du cadre de santé	49
4.3.1.2	Une motivation des paramédicaux en demi-teinte	50
4.3.2	Des plus-values incontestables	51
4.3.3	Une intervention solitaire ou accompagnée du cadre de santé ?	53
4.3.4	Un management de projet au travers de quelques difficultés	56
4.4	Une équipe identifiée vers le développement de nouvelles compétences	59
4.4.1	Des critères hétérogènes à la composition des équipes délégantes et déléguées.....	59
4.4.2	La reconnaissance des nouvelles missions des professionnels paramédicaux par la valorisation	61
4.5	Une satisfaction générale	63
5	La synthèse de ce travail de recherche.....	64
5.1	Une réponse à la problématique au travers d'une discussion	64
5.2	Les freins identifiés à la concrétisation de ce mémoire	67
	Conclusion	68
	Bibliographie	70
	Table des annexes.....	

Liste des abréviations

ARS Agence Régionale de Santé

CDS Cadre de santé

DPC Développement professionnel continu

DRH Direction des ressources humaines

EPP Evaluation des pratiques professionnelles

EPS Etablissement public de santé

ESPIC Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

FFCS Faisant fonction cadre de santé

HAS Haute Autorité de Santé

HPST Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IFCS Institut de formation des cadres de santé

IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales

IPA Infirmier en pratique avancée

ONDPS Observatoire national de la démographie des professions de santé

Introduction

Selon les révélations du rapport sénatorial remis le 29 mars 2022¹, **30,2% de la population française vit dans un désert médical, soit 62,4% de la population en Ile-de-France.**

Les conséquences sont importantes pour la santé des Français. En effet, ils seraient annuellement 1,6 millions à renoncer aux soins, parallèlement aux allongements des délais de consultations pouvant aller jusqu'à six mois pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste.

Le désert médical se définit par une difficulté ou une impossibilité de se faire soigner sur une zone géographique donnée suite à l'absence de médecins de proximité. La dimension spatiale caractérisée par un éloignement géographique des patients aux médecins et la dimension temporelle marquée par le ratio du nombre d'habitants par médecin sont les causes induites de cette désertification (Vie-publique, s.d.).

Trois axes d'actions ont permis d'émettre trente-deux propositions au travers de ce rapport pour faire face à l'urgence de la situation. **L'optimisation du temps médical au bénéfice des patients, la promotion et la facilitation de l'exercice dans les zones sous-denses associées à l'accroissement des capacités de formations universitaires** peuvent être des pistes de solutions à envisager.

Depuis plusieurs années, de nouvelles avancées législatives encadrent le partage des tâches entre professionnels de santé en définissant de nouveaux rôles au sein des systèmes de soins.

« L'article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, crée l'article L. 4301-1 du Code de la santé publique et introduit le principe de la pratique avancée des auxiliaires médicaux » (DGOS, s.d.).

Il ne s'agit pas d'axer ce travail de recherche sur cette fonction mais il me semble cependant opportun, au regard du contexte sanitaire et de la volonté de déploiement massif de cette nouvelle profession sur le territoire actuel, d'en donner quelques explications.

L'apparition du métier d'**Infirmier en Pratique Avancée (IPA)** par l'obtention d'un diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée et d'un grade universitaire de master permet à ces professionnels diplômés d'exercer des missions jusqu'alors dévolues aux médecins.

Le Décret du 18 juillet 2018 *« définit les domaines d'intervention et les activités de l'infirmier exerçant en pratique avancée. Il précise les conditions de prise en charge et d'information du patient, ainsi que les modalités de coopération entre l'infirmier exerçant en pratique avancée et le médecin »*². Des protocoles d'organisation rédigés en collaboration entre l'IPA et le médecin en précisent les modalités d'exercice.

Au regard de ces nouvelles missions acquises, l'IPA assure le suivi régulier de patients et a la possibilité de prescrire des examens complémentaires, de renouveler les traitements médicaux et d'assurer la prescription ou le suivi d'actes préventifs.

Les plus-values de ce nouvel exercice paramédical assurent aux médecins la possibilité de récupérer du temps médical suite à cette collaboration et permet aux patients d'améliorer et de faciliter leur accès aux soins. La proposition n°3 du rapport du sénat³ est orientée en ce sens afin d'assurer la pérennisation de cet exercice professionnel en développant l'attractivité de cette profession par la revalorisation de financement.

Le statut d'IPA n'est cependant pas le premier décloisonnement des compétences paramédicales ayant permis d'encadrer le partage de tâches entre professionnels de santé. La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 sous l'article 51 est une avancée dans la réglementation des professions de santé.

¹ Rojouan B. Rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. 2022 Mars ; n°589

² <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>

³ Ibid, p. 15

C'est ainsi qu'elle précise le principe des coopérations entre professionnels de santé.

« Le protocole de coopération est un document décrivant les activités ou les actes de soins transférés d'un professionnel de santé à un autre, de titre et de formation différents ; et la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient dans le but d'optimiser sa prise en charge »⁴.

Cette coopération « contribue à élargir l'offre de soins, à réduire les délais d'accès à une prise en charge et donc à améliorer les parcours de santé des patients »⁵.

Les professionnels de santé sont autorisés, dans le cadre de ces délégations, à réaliser des actes à vocation préventive, diagnostique ou thérapeutique.

Ce nouveau principe de coopération entre professionnels de santé posé à la suite de sept années d'expérimentations confiées au professeur Yvon Berland a été un bouleversement dans la pratique professionnelle. Il fut longtemps méconnu et plus ou moins bien accepté par les professionnels de santé. Il s'inscrit à ce jour dans une démarche réglementée rigoureuse et sécurisée.

Treize années se sont écoulées depuis la promulgation de la loi de 2009 autorisant les délégations d'exercice réglementées.

Qu'en est-il du développement des protocoles de coopération entre professionnels de santé ?

La rénovation de ce dispositif par l'article 66 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 permettant aux professionnels de santé travaillant en équipe de s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération a-t-elle permis une augmentation du nombre de protocoles de coopération sur le territoire national ?

Dans un contexte de désertification médicale toujours présent, de l'accroissement d'une population vieillissante ou en demande de soins, de quelle manière les établissements hospitaliers se sont-ils saisis de ces opportunités ?

Exerçant dans un établissement public de santé au sein d'un centre hospitalier, l'intégralité de ce mémoire portera sur ce secteur d'activité.

En tant que future cadre de santé, il me semble pertinent de m'intéresser à cette forme de coopération et aux méthodes de déploiement qui impliquent l'ensemble des professionnels de santé tout autant que les directions d'établissement.

Ce travail de recherche se décomposera de la manière suivante :

Dans un premier temps, l'exposition d'une situation vécue dans le cadre de ma pratique professionnelle m'a amenée à formuler une question de départ.

Les recherches effectuées dans le cadre du contexte d'urgence et du cadre théorique relatifs aux protocoles de coopération m'ont conduit à la formulation d'une seconde question intitulée « question de recherche ».

Ensuite, les entretiens réalisés sur le terrain afin d'étayer ma réflexion m'ont permis, après l'énonciation de la méthodologie, de rédiger une analyse descriptive et réflexive.

Enfin, une synthèse de ce travail, au travers d'une discussion, viendra répondre à la question de recherche et clôturer celui-ci par une transposition des éléments recueillis dans le cadre de ma future fonction cadre de santé.

⁴ Définition émise par la Haute Autorité de Santé - https://www.has-sante.fr/jcms/c_2811738/fr/les-protocoles-de-cooperation

⁵<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-nationaux-de-cooperation>

1 Les protocoles de coopération dans leur contexte

1.1 La situation d'urgence

Le service de gastro-entérologie dans lequel j'exerçais en tant que faisant fonction cadre de santé (FFCS) depuis deux ans a subi une **diminution de l'effectif médical** en raison de l'absence de postulants aux recrutements de gastro-entérologues.

En collaboration avec le chef de service, nous avons songé aux possibilités s'offrant à nous pour libérer du temps médical. L'objectif de cette démarche étant de permettre aux gastro-entérologues de répondre à une demande croissante du nombre d'exams endoscopiques sans anesthésie générale prescrits par les médecins de l'établissement ou par les médecins de ville.

Ayant eu connaissance au travers de recherches personnelles de la possibilité de développer des protocoles de coopération entre professionnels de santé au sein des établissements de soins, nous avons proposé aux infirmiers du service d'endoscopie digestive la mise en place de l'un de ces protocoles.

Après échange entre professionnels paramédicaux et médicaux, nous avons émis le choix d'adhérer à un **protocole de coopération déjà autorisé sur le territoire national : « Mesure de l'élastométrie du foie avec l'appareil de mesure FibroScan en lieu et place d'un médecin ».**

Bien que l'objectif premier fut de libérer du temps médical pour la réalisation d'autres exams endoscopiques, le développement des compétences des professionnels paramédicaux a retenu également toute notre attention.

La présentation de ce projet auprès de la direction des soins de l'établissement a reçu un avis favorable à son déploiement. En effet, plusieurs paramètres organisationnels et de mise en œuvre ont sans doute été facilitant à cette prise de décision.

Dans l'immédiat, aucune dépense financière n'a dû être engagée en raison de la disponibilité des locaux, de l'équipement déjà en notre possession dans le cadre d'une activité existante réalisée par le corps médical et d'un effectif paramédical suffisant permettant d'assurer cette nouvelle activité.

À cela s'ajoutent plusieurs **plus-values** au titre d'une **augmentation des actes médicaux** qui ont conduit à des **bénéfices autant pour l'accès aux soins des patients que pour l'activité** de l'établissement. De plus, le **développement des compétences** par l'accroissement des savoirs tant théoriques que pratiques des infirmiers formés est vecteur de reconnaissance de leur fonction.

Des équipes médicales et paramédicales volontaires et investies ont permis de finaliser, en moins d'un an, la formation théorique et pratique de trois infirmiers.

À la demande du directeur des soins, j'ai eu l'opportunité d'exposer ce projet à l'ensemble des cadres de santé (CDS) de l'établissement et aux différents directeurs de sites lors de réunions d'encadrement ; puis dans un second temps, aux professionnels de santé dans le cadre d'une rencontre paramédicale. Cette élocution remportant un vif succès, je me suis questionnée quant au faible taux de développement de ces protocoles au sein de notre groupement de quatre établissements hospitaliers (implantation sur quatre sites hospitaliers).

Quelles sont les raisons faisant qu'il n'est développé qu'un unique protocole de coopération entre professionnels de santé au sein de quatre établissements employant plus de cinq-mille professionnels depuis leur autorisation via la loi HPST ?

Mes recherches m'amènent à préciser que depuis 2019, selon le rapport de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France⁶, quarante-six protocoles de coopération entre professionnels de santé sont actuellement autorisés dans cette région portant à cinq-cents le nombre de professionnels déclarés comme adhérant à un protocole de coopération en Île-de-France.

⁶ Répertoire de protocoles de coopération entre professionnels de santé

Par ailleurs, le rapport de 2022 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale de l'Éducation, du Sport et de la Recherche (IGÉSR) intitulé « *Evolution de la profession et de la formation infirmières* » porte le nombre de protocoles de coopération autorisés sur le territoire national à cinquante-six pour l'identification de cinq-cents équipes déléguées-délégantes.

Le faible taux de professionnels engagés dans cette démarche est-il la conséquence d'une méconnaissance du dispositif de coopération entre professionnels de santé par les directions d'établissement, les cadres de santé supérieurs et de proximité ainsi que les professionnels de santé ?

Le constat que j'ai pu émettre à l'issue des réunions cadres de santé, de la journée paramédicale et des retours de l'ensemble des professionnels semble confirmer l'hypothèse de la méconnaissance de ces dispositifs par les CDS de proximité et les professions paramédicales. Il s'agirait d'identifier si cette tendance se généralise à d'autres centres hospitaliers.

Ces constatations ont fait émerger plusieurs questionnements quant à l'engagement des institutions et des modes de diffusion de l'information concernant le développement et la mise en œuvre de protocoles de coopération.

Les directions d'établissements hospitaliers ont-elles un rôle à jouer dans la mobilisation des professionnels de santé au développement de ces protocoles ?

Ce dispositif donne la possibilité à un professionnel de santé, comme le précise l'Art. L.4011-1 du Code de la santé publique, de s'engager suite à une initiative personnelle dans des projets et démarches de coopération. Il en résulte un transfert possible d'actes de soins ou d'activités d'une catégorie professionnelle vers une autre, susceptible d'impliquer une modification des contours des modes d'intervention.

Dans ce travail de recherche où j'aborderai le transfert d'actes de professionnels médicaux vers des professionnels paramédicaux ; qu'en est-il du positionnement du corps médical quant à la réalisation de ces actes à destination de professionnels formés ?

Je me demande si cette dérogation d'exercice est acceptée sans crainte par les médecins afin d'assurer, au regard de ces « nouvelles » pratiques professionnelles, une réponse au besoin de santé de la population.

Les CDS, de par la convergence médico-soignante, ont-ils la possibilité d'impulser ces nouveaux modes d'organisation et de développement de compétences des professionnels de santé au sein des services de soins ?

Pour engager une réflexion à ce sujet, je pars du postulat que les CDS développent une appétence pour le développement de projets dans le cadre de leur mission en tant que pilotes de projets. J'ai pu constater cette volonté et attrait des CDS au développement des protocoles de coopération lors des réunions de présentation de ce dispositif. Bien que certains verbalisent être confrontés à un manque de temps face à un accroissement des tâches quotidiennes et occupés par l'activité chronophage de recherche en personnel, j'ai pu mesurer l'engouement généré par les diverses sollicitations et questionnements auxquels j'ai été amenée à répondre.

Cette volonté mesurable des CDS et le souhait de m'impliquer dans ces dispositifs de coopération m'amènent à postuler au Projet de soins 2022-2025 de l'établissement dans lequel j'exerce. Nommée pilote de la fiche action « Accompagner et promouvoir des protocoles de coopération entre professionnels de santé », je souhaite à travers ce mémoire de fin d'études, trouver réponses à mes interrogations et participer au développement de ces protocoles au sein de l'établissement.

Il s'agit, dans ce cadre, de faciliter l'accès des patients dans leur parcours de soins et de m'engager plus amplement en tant qu'acteur de l'accompagnement de ces professionnels dans le développement de leurs compétences.

Pour ce faire,

Comment le cadre de santé peut-il impulser une dynamique interdisciplinaire dans le développement et la mise en place de protocoles de coopération au sein des services de soins hospitaliers ?

1.2 L'histoire des protocoles de coopération entre professionnels de santé

Depuis de nombreuses années, et ce, dans plusieurs pays, les infirmiers exercent le transfert d'actes concernant certaines activités. Les expériences les plus importantes ont lieu aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni.

En effet, la spécialité d'infirmière praticienne existe depuis les années 1960 aux États-Unis et au Canada pour répondre aux besoins de la population dans les régions souffrant d'une pénurie de médecins. Le Royaume-Uni quant à lui, a autorisé le titre d'infirmière clinicienne spécialisée pour répondre à ces mêmes besoins primaires. L'engagement de l'Australie et de l'Irlande est plus récent que ces homologues mais ils ont mené « *une politique très active de mise en place de nouveaux programmes d'enseignement* » pour créer ces mêmes statuts (Delamaire & Lafortune, 2010).

Les études démontrent que ce transfert d'actes de médecins à infirmiers permet de maintenir un niveau de qualité et de sécurité identique. Par ailleurs, la satisfaction des patients est accentuée et argumentée par le fait que les professionnels paramédicaux délivrent de plus amples informations et conseils lors des consultations réalisées.

Qu'en est-il de la position de la France à ce sujet, alors que nous sommes considérés par les pays étrangers comme « en retard » sur la mise en place de ces dispositifs ?

1.2.1 Les travaux du professeur Berland

À la demande de Jean-François Mattei, Ministre de la Santé de l'époque, **Yvon Berland**, professeur de médecine et Président de l'Université Aix-Marseille est chargé en 2002 de la rédaction d'un **rapport sur la démographie des professionnels de santé**.

Suite à ces constatations, il propose la création d'un observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), une augmentation du numerus clausus des professions médicales et pharmaceutiques et un regroupement des professionnels en maisons de soins (nommées à ce jour maisons de santé).

L'évolution des métiers de la santé est une des pistes envisagées par le Professeur Berland dans les conclusions de son rapport. Les contours des métiers de la santé doivent être redéfinis au regard du développement des compétences et des savoir-faire des professionnels acquis au fil des années passées. Au travers de ces auditions, il constate une réduction des temps dédiés aux soins du patient en raison de l'accroissement d'autres tâches administratives et médicales. Il émet la possibilité que **certaines tâches qui incombaient jusqu'alors aux médecins peuvent dorénavant être déléguées à des auxiliaires médicaux**. En effet, ces tâches qui leur étaient exclusivement dédiées en raison de leur caractère et spécificité, se sont vues au fil des années, devenir accessibles à d'autres professionnels de santé suite à l'accroissement de leurs compétences. Pour ce faire, ces pratiques doivent être encadrées et sécurisées.

C'est par ce partage de tâches, la réflexion engagée sur de nouveaux métiers et l'accessibilité des professions de santé par voie de passerelles professionnelles universitaires que peut être développé le concept de coopération entre professionnels de santé.

Ces conclusions précédentes l'amènent en 2003 à publier un **second rapport⁷ ciblé sur la coopération entre les différentes professions de santé**. Il est mis en exergue la présence de délégations d'activités depuis plusieurs années dans divers pays et notamment en France. Ces pratiques sont inscrites dans un quotidien de travail, connues des CDS et validées par les médecins bien qu'elles soient illégales à l'exercice de la profession. Le recensement et l'évaluation de ces actes ne respectant pas le référentiel d'activité du professionnel sont difficiles à établir en raison de l'absence de registres.

Ce nouveau rapport conduit par conséquent à une réflexion quant aux évolutions envisageables des contours des métiers du secteur sanitaire et à la régularisation des pratiques existantes non reconnues.

⁷ Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »

Les modalités de déploiement de nouvelles formes de délégations d'activités et de compétences par la formation sont à définir.

Conscient qu'un travail est à mener sur ce sujet, l'exécutif publie en premier lieu **la loi du 9 août 2004 de la politique de santé publique** et pose le cadre de l'**autorisation des expérimentations de coopération entre professionnels de santé** par la publication de deux arrêtés.

L'arrêté du 13 décembre 2004 inscrit dans un cadre législatif et réglementé les modalités de mises en œuvre de cinq expérimentations programmées par Yvon Berland : le traitement de l'insuffisance rénale chronique par hémodialyse, le suivi des patients traités pour hépatite chronique C, l'ophtalmologie, la radiothérapie et le suivi des patients diabétiques.

L'objectif étant de faire face à la diminution de la démographie médicale parallèlement à une évolution des demandes de soins et d'améliorer le système de santé en facilitant son accès.

Au regard des résultats de ces expérimentations, l'ONDPS a notifié que les professions paramédicales étaient en mesure d'effectuer des actes médicaux sous couvert de réorganisations des modes de prise en charge par un travail en étroite collaboration avec les médecins.

Le rapport de 2006 « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé » présenté par Y. Berland et Y. Bourgueil détaille par une étude les potentielles évolutions des métiers du soin et de la possibilité de transférer ou de déléguer des activités entre une profession médicale et d'autres professionnels de santé. Par ailleurs, ce communiqué relate les choix méthodologiques opérés pour mener à bien le déroulement de cette démarche.

Au regard des résultats de ces expérimentations, il est précisé que les professionnels paramédicaux étaient en mesure d'effectuer des actes médicaux en modifiant les modes de prise en charge. Une formation adaptée et approfondie représente le socle de base de ces dispositifs de coopération entre professionnels de santé. En effet, l'acquisition de nouvelles compétences et de nouvelles responsabilités requiert « *la maîtrise de savoirs théoriques et pratiques mobilisables en situation* ». Ainsi, les activités entreprises et les soins dispensés seront délivrés de manière à assurer la sécurité et la qualité des prises en charge.

L'implication des professionnels dans ces expérimentations dont la motivation n'est plus à prouver, sont autant de facteurs révélateurs du souhait de voir évoluer les pratiques professionnelles. Cela évoque « *une étape historique dans l'organisation du système de soins en France* ».

D'ailleurs, la signature de **l'arrêté du 30 mars 2006 autorise la mise en œuvre de dix nouveaux projets de coopération et renouvelle l'expérimentation de trois précédents projets** issus de l'arrêté de décembre 2004.

Projet piloté par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'ONDPS⁸, la HAS se voit d'une part, confier l'organisation des modes de déploiement de ces coopérations tant au niveau de l'organisation des soins que de la formation des professionnels. D'autre part, le suivi et l'évaluation de ces dispositifs portent sur les résultats obtenus, le contrôle et respect des procédures ainsi que sur la satisfaction des patients et des professionnels volontaires.

Sujet des expérimentations d'Yvon Berland, un médecin généraliste, des médecins de santé publique et un ingénieur avec une expérience du système d'information médicale ont créé en 2004 le dispositif ASALÉE⁹ porté par une association de loi 1901.

⁸ HAS. (2008, Avril). *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?*

⁹ Action de Santé Libérale en Équipe

1.2.2 Le protocole ASALÉE, une réussite en la matière

Une délégation d'activités autorisée en 2012 et régie par la loi HPST de 2009 a permis la constitution d'une coopération d'infirmiers délégués à la santé publique (IDSP) et de médecins généralistes pour **favoriser l'amélioration de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques**.

Ces professionnels paramédicaux assurent des missions de prévention, de dépistage, d'éducation thérapeutique et d'accompagnement. Ils prennent ainsi en charge des patients présentant un diabète de type 2, des risques cardiovasculaires, des broncho-pneumopathies chroniques obstructives ou des troubles cognitifs. Globalement, un infirmier « Asalée » travaille avec cinq médecins traitants.

Initialement déployé dans le département des Deux-Sèvres, au Centre-Ouest de la France, le dispositif s'étend par la suite au niveau régional puis national principalement au sein de maisons de santé ou de cabinets médicaux (Les modalités de l'expérience Asalée détaillées dans une instruction, 2015).

Pour que les infirmiers puissent candidater auprès de l'association, plusieurs critères sont à prendre en compte. L'ARS doit au préalable avoir validé le secteur d'exercice dans lequel un nombre suffisant de médecins généralistes sont déjà recrutés dans le cadre de ce dispositif.

La formation sera dispensée par l'association qui a l'issue autorisera le professionnel paramédical à exercer au sein du dispositif de coopération (Qu'est ce qu'une infirmière ASALEE, 2020).

Les consultations réalisées par les IDSP ont pour objectif d'**impliquer le patient afin que celui-ci devienne acteur de sa prise en charge sous un angle préventif et curatif en faisant appel à la collaboration d'autres acteurs de santé**.

Leurs missions leur permettent d'informer et de développer les connaissances des patients sur leur pathologie, de réaliser des actes du rôle prescrit et de prescrire des examens complémentaires.

Le suivi des prises en charge et de l'activité de chaque cabinet est assuré par un échange avec le médecin déléguant ainsi que par le renseignement d'un système d'information de l'association « Portail Santé Asalée ». Des analyses de pratiques et des formations sont formalisées lors de rencontres obligatoires entre infirmiers Asalée. Lors de ces journées, un acteur extérieur au dispositif intervient pour approfondir les connaissances des IDSP au regard d'un thème qu'ils auront déterminé. Ces temps dédiés sont un véritable lieu d'échange d'où peut émerger l'idée de nouveaux protocoles toujours dans l'objectif d'optimiser les prises en charge des patients.

En 2015, près de trois-mille médecins et sept-cents infirmiers collaborent au dispositif Asalée sur le territoire (Affrite, Franc, & Mousquès, 2019). Il est à l'heure d'aujourd'hui cité dans la littérature comme étant un succès de la coopération entre professionnels de santé.

1.2.3 Une évolution législative de plus d'une décennie

Le constat présenté par le Professeur Berland quant à la diminution de la démographie médicale associée à la croissance des demandes de soins a démontré que l'avenir du système de santé était incertain. Il convient, à l'issue du succès de ces expérimentations, d'étendre le principe des protocoles de coopération par une inscription des repères juridiques et législatifs.

➤ La loi HPST du 21 juillet 2009¹⁰ :

Elle autorise tous professionnels volontaires à développer et mettre en place un protocole de coopération.

Selon l'Art. L.4011-1, « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient.

¹⁰ https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879543

Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3 ». Le patient pris en charge doit être averti de son implication dans un protocole de coopération pour lequel d'autres professionnels de santé seront acteurs de sa prise en charge à la place d'un médecin.

L'Art. L.4011-2 précise que le protocole de coopération répondant à un besoin de santé régional sera soumis par les professionnels de santé à la HAS à l'issue de l'étude préalable de l'ARS pour validation. « Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté [...] intégrés à la formation initiale ou au développement personnel continu des professionnels de santé selon les modalités définies par voie réglementaire. » Un protocole de coopération déployé au sein d'une région pourra être élargi sur le territoire national par décision de la HAS.

Il est prévu par l'Art. L.4011-3 que tout professionnel de santé souhaitant intégrer ou développer ce dispositif doit établir une demande d'adhésion et s'enregistrer auprès de l'ARS. La volonté de ces personnes, l'expérience requise dans le domaine d'application, la formation entreprise ainsi que la garantie d'une assurance sont des critères vérifiés par l'ARS. « L'enregistrement de la demande vaut autorisation ». Un suivi à un an des informations relatives l'activité doit être transmis à la HAS et l'ARS qui pourront sous certaines conditions annuler l'exécution du protocole de coopération.

Par ailleurs, deux lois de financement de la sécurité sociale ont considéré les protocoles de coopération :

➤ **L'Art. 35 de la loi de financement de la sécurité sociale 2014**¹¹ met en avant la constitution d'un collège de financeurs aux nombreuses missions. Il peut tout aussi bien accompagner les professionnels de santé en transmettant un avis sur le modèle économique d'un protocole de coopération ayant reçu un avis favorable par la HAS et leur accorder une prise en charge dérogatoire de financement pour une durée de trois ans.

➤ **L'Art. 55 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018**¹² fixe les dispositions pouvant être prises par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en termes d'identification des priorités nationales des protocoles de coopération. « Les avis de la Haute Autorité de santé et, le cas échéant, du collège des financeurs sont rendus dans un délai de six mois à compter de leur transmission par l'agence régionale de santé ». Cette loi introduit également la possibilité de pratiquer de nouvelles organisations en santé avec des financements dédiés. Ce « cadre expérimental ouvre la possibilité de déroger à de nombreuses dispositions législatives de financement et d'organisation et notamment de modifier les règles de facturation, tarification et remboursement »¹³.

Les textes législatifs ci-dessous ont permis de rénover et de simplifier le dispositif dont l'objectif est de développer davantage le nombre de protocoles de coopération sur le territoire national.

➤ **L'Art. 66 de la loi d'organisation et de transformation du système de santé du 24 juillet 2019**¹⁴ :

De par l'Art. L.4011-1 est introduit la notion de l'engagement des professionnels de santé qui travaillent en équipe pour « répondre aux besoins des patients ». Le domaine de la prévention est ajouté aux actes ou aux transferts d'activités dont la formation à la mise en œuvre de ces protocoles est désormais énoncée. En complément de l'information de l'implication du patient dans la prise en charge comme le prévoit la loi HPST, il doit dorénavant être avisé des conditions de celle-ci.

¹¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000028372809>

¹² https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000036339172

¹³ IGAS. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Tome 1. 2021 Novembre, p. 49.

¹⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000038821351

Les attendus en termes de qualité et de sécurité des protocoles de coopération sont déterminés par « *un décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé* » selon l'Art. L.4011-2. Le non-respect de ces conditions peut engendrer une suppression du protocole.

L'Art. L.4011-3 évoque la création d'un comité national des coopérations interprofessionnelles et la composition de ses membres « *chargé[s] de la stratégie, de la promotion et du déploiement des coopérations interprofessionnelles* ». Ce comité est désigné pour apporter une aide aux professionnels de santé désignés dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt (AMI). Ce soutien implique une assistance à la rédaction des démarches relatives au protocole et à son modèle économique « *avec l'appui des conseils nationaux professionnels et des ordres des professions concernées* ».

Le comité assure annuellement le suivi et l'évaluation des protocoles de coopération autorisés sur le territoire national. Concernant le financement, il est précisé que les dépenses qui découlent de ces protocoles nationaux sont intégrés à l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie.

L'Art. L.4011-4 autorise quant à lui l'élaboration de protocoles expérimentaux locaux dont le suivi et l'évaluation sont encadrés par « *la procédure des expérimentations à dimension régionale mentionnées au III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale* ». Seule l'équipe de professionnels enregistrés auprès de l'ARS est autorisée à appliquer ce protocole.

D'autre part, le gouvernement a souhaité, par un levier financier, faire reconnaître l'investissement des professionnels ainsi que l'accroissement de leurs compétences face à ces nouveaux actes.

➤ **L'arrêté du 06 septembre 2019 fixe le montant de la prime de coopération¹⁵** au regard du décret du 6 septembre 2019. Cette prime est dédiée aux professionnels de santé identifiés comme délégués dans le cadre des protocoles de coopération. Le montant brut mensuel de cette prime est fixé à cent euros. L'exécutif espère par ailleurs pouvoir rendre plus attractif ces nouvelles formes de coopération.

➤ **L'Art. 97 de la loi d'accélération et de simplification de l'action publique du 07 décembre 2020¹⁶ :**

Selon l'Art. L.4011-2, les protocoles locaux de coopération peuvent être créés et mis en œuvre par des professionnels de santé exerçant au sein d'établissements de soins publics ou privés ou d'un groupement hospitalier de territoire. Pour les établissements publics, la décision du directeur d'établissement et l'appréciation favorable « *de la commission médicale d'établissement ou, le cas échéant, de la commission médicale de groupement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et medicotechniques* » sont nécessaires au déploiement.

Ces protocoles locaux, dont les exigences sont identiques à celles des protocoles nationaux, ne peuvent être appliqués qu'au sein des établissements dans lesquels ils doivent être développés. La déclaration de ces dispositifs est établie par le directeur d'établissement qui devra lui aussi transmettre annuellement les indicateurs de suivi auprès de l'ARS. Le directeur de l'établissement et l'ARS ont le pouvoir de suspendre ces protocoles aussi bien si les conditions d'application ne sont pas respectées ou si un évènement indésirable grave est déclaré.

Le déploiement des protocoles locaux peut être étendu au territoire national à la demande d'autres établissements de santé ou faisant suite à la décision du comité national des coopérations interprofessionnelles.

¹⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039061114/>

¹⁶ https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042619948

➤ **La loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification**¹⁷ prévoit d'accélérer le développement des protocoles de coopération par une simplification de ces dispositifs en termes d'adhésion et de formations.

De plus, elle relate une volonté d'élargir le déploiement des protocoles locaux de coopération à la médecine de ville et au secteur médico-social. L'objectif étant de renforcer la collaboration entre les professionnels et d'améliorer l'accessibilité aux soins des patients.

L'année 2022 a repositionné les protocoles de coopération au cœur des discussions gouvernementales. D'une part, le plan « Ma santé 2022 » a souhaité intensifier la pratique des coopérations pour entreprendre un décloisonnement du système de santé actuel.

Ensuite, durant l'été 2022, le gouvernement a exprimé au travers du rapport « *mission flash sur les urgences et soins non programmés* » la volonté d'une mise en application de six protocoles de coopération durant les trois mois de la période estivale. L'intention étant d'augmenter les réponses aux besoins concernant les soins non-programmés dans les zones les plus sous-dotées en médecins traitants par l'autorisation exceptionnelle de ces protocoles.

Par ailleurs, le Président de la République et le Ministre de la Santé et de la Prévention verbalisent dans leurs allocutions une volonté de redonner du temps médical en ville comme à l'hôpital par le déploiement de ces protocoles sur l'ensemble du territoire national.

Dans cette continuité, la place des professionnels de santé notamment paramédicaux reste au cœur du débat politique. **Les protocoles de coopération et le développement de la pratique avancée sont envisagés comme des réponses à ces enjeux.**

➤ **À cet égard, la loi portant « amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé »**¹⁸ **a été adoptée par le Parlement le 10 mai 2023.**

Par décision en commission mixte paritaire, cette loi autorise l'expérimentation durant cinq ans sur six départements de la consultation directe de patients vers des IPA ainsi que vers des masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes exerçant au sein de structures de soins coordonnés. Cet accès facilité, sans passer par un médecin traitant, permettrait de désencombrer les cabinets médicaux et ainsi de libérer du temps médical. La promulgation de cette loi par le Président de la République est prévue dans les semaines à venir.

Ces évolutions réglementaires mettent en exergue la possibilité donnée par le législateur aux professionnels de santé de s'engager dans des démarches de coopération. Ils sont ainsi considérés comme intervenants et partie prenante de l'évolution du système de santé et des modes de prise en charge des patients.

1.3 Le développement des protocoles de coopération

1.3.1 Les professionnels concernés

La liste des professionnels de santé¹⁹ concernés par ces activités de coopération est répertoriée dans l'Art. L.4011-1 du Code de la santé publique.

Il est à préciser que la loi Fourcade du 10 août 2011 en son Art. 60 a permis d'élargir à d'autres professions l'accès à ces modes de coopération.

À ce jour, il est établi le classement de ces professionnels selon 3 catégories (ARS, 2022) :

- « Médicales : médecins, sages-femmes et odontologistes
- Industrie pharmaceutique : pharmaciens, préparateurs en pharmacie
- Auxiliaires médicaux : infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens, ergothérapeutes, audioprothésistes, orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens, prothésistes et orthésistes, pédicures-podologues, techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie médicale, opticiens-lunetiers et ambulanciers ».

¹⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043421566>

¹⁸ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/dossiers/amelioration_confiance_professionnels

¹⁹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/liste_prof_de_sante_coop_01092010_2010-09-03_14-05-35_125.pdf

Afin d'élargir les possibilités de création et de déploiement de ces dispositifs sur le territoire, la coopération entre professionnels de santé est concevable quel que soit le mode d'exercice professionnel. Celui-ci peut être libéral, salarié ou partagé et non dépendant du lieu d'exercice : établissements de santé, pôles de santé, maisons de santé, services de soins à domicile, établissements d'hébergement pour adultes dépendants. S'ajoute à cela la possibilité d'instituer une coopération entre différentes catégories professionnelles. À titre d'exemples : médecins-infirmiers, infirmiers-aides-soignants, pédiatres-sages-femmes (...).

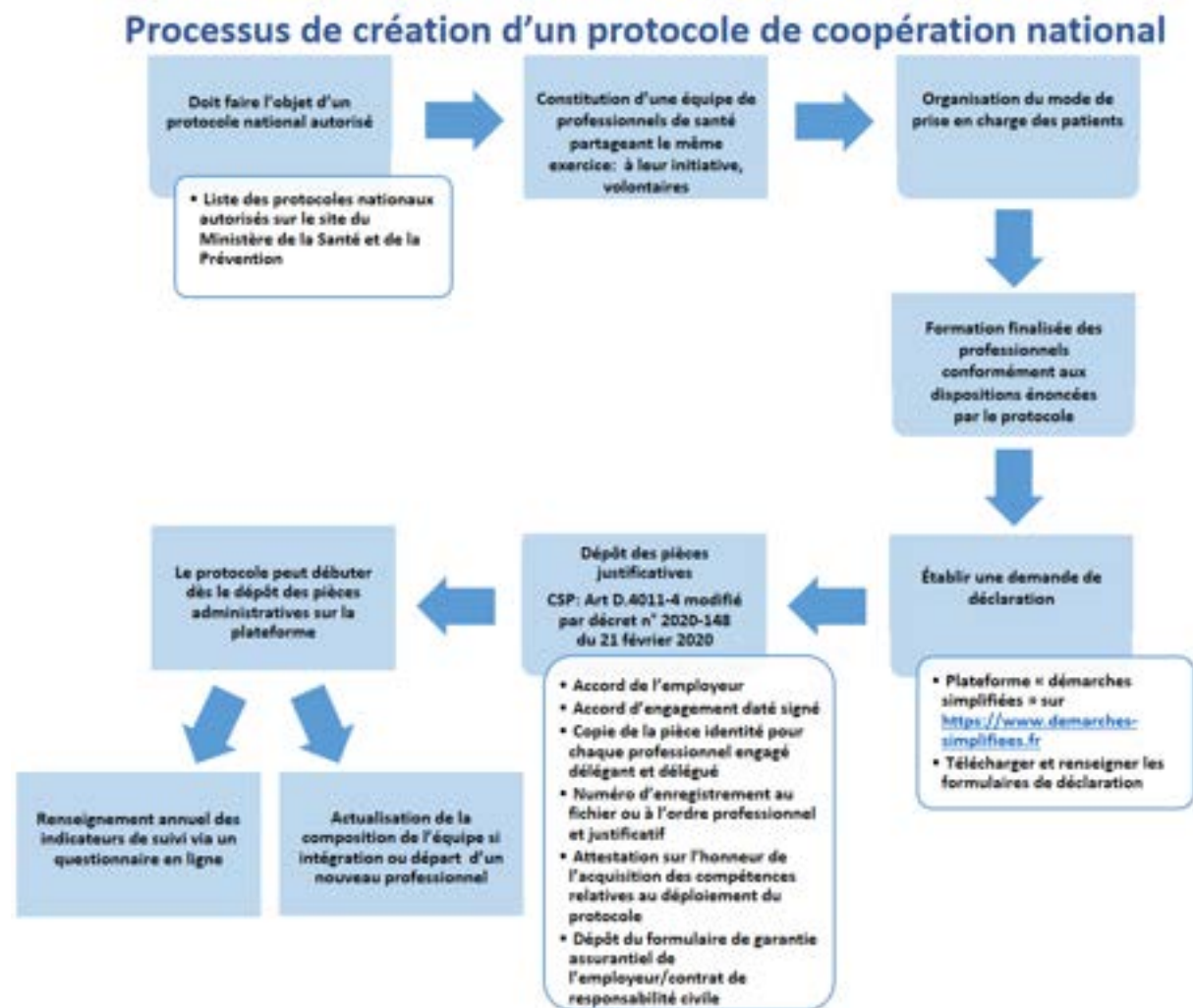
1.3.2 Le processus de mise en œuvre de ces dispositifs

Au cours de ma pratique professionnelle de faisant fonction cadre de santé, j'ai participé au développement d'un protocole de coopération déjà autorisé sur le territoire national auprès d'infirmiers diplômés d'État. Cette raison me pousse à souhaiter développer les processus de mise en œuvre de ces protocoles²⁰ sur lesquels les établissements de santé peuvent s'appuyer. Par ailleurs, je m'intéresse également aux protocoles locaux qui tendent à se développer dans les institutions sanitaires au seul usage de l'établissement et à l'initiative de l'équipe.

➤ Les protocoles de coopération nationaux autorisés :

La liste des protocoles nationaux autorisés au nombre de cinquante-six est disponible sur le site du Ministère de la Santé et de la Prévention²¹.

Ils sont définis par un arrêté national qui en précise le contenu et les modalités.

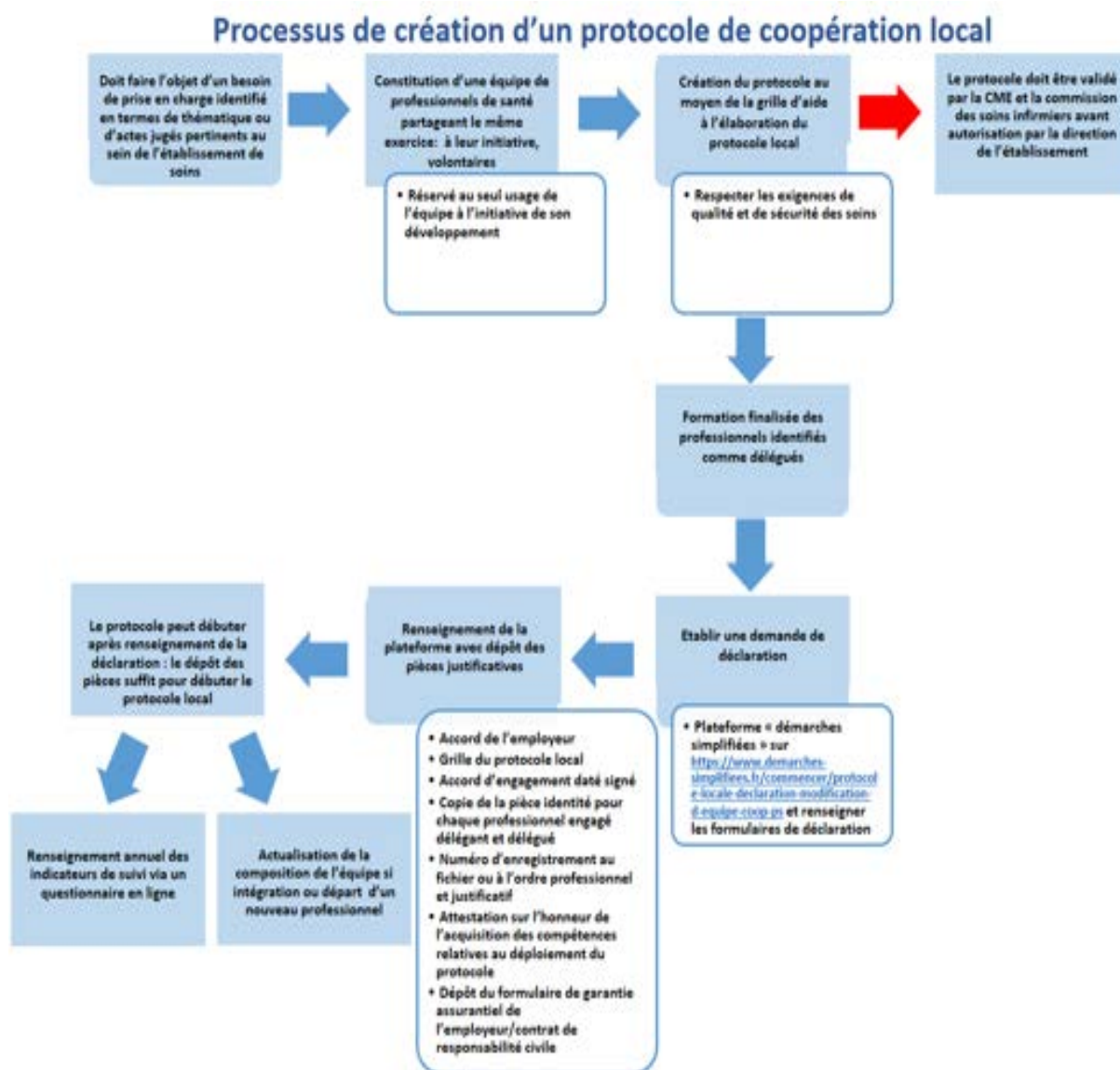


²⁰<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante->

²¹<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-nationaux-de-cooperation>

➤ **Les protocoles locaux :**

Les protocoles locaux²² répondent spécifiquement au besoin des établissements de santé dans le cadre de la prise en charge des patients.



²²<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante->

1.3.3 Des statistiques existants mais disparates

Au salon de l'infirmier en 2013, le chef de projet de coopération à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a transmis un bilan de l'engagement des professionnels en tant qu'acteurs de coopération : quatre-vingts délégants et cent-quarante-cinq délégués sont identifiés à cette date.

Soit quatre ans après l'autorisation de la mise en place de ces dispositifs de coopération, il est mis en évidence dans ce communiqué le faible taux d'engagement des acteurs de santé dont l'effectif atteint un million de professionnels en exercice.

À cela s'ajoute la comptabilisation de quinze protocoles autorisés depuis 2009 alors que vingt-sept avaient été approuvés par la HAS. Les causes identifiées peuvent être multiples allant de la modification de l'équipe déclarée, de l'abandon de certaines ou du délai important de rendu d'avis de l'autorité publique (Syndicat national des professionnels infirmiers, 2013).

Initialement, l'arrêté du 31 décembre 2009 précise que le Directeur général de l'ARS prononce l'arrêté d'autorisation d'un protocole de coopération sous un délai de deux mois.

Cependant, d'après les faits relatés en 2014 dans le bilan du dispositif HAS²³, les délais d'instruction sont passés de deux à dix mois pour l'année 2013. En 2014, « *on note toutefois une baisse [...] avec un délai moyen de moins de 8 mois* ».

Le bilan 2010-2018 de la HAS énonce avoir collecté depuis 2010, cent-quarante et une propositions de protocoles sur vingt-deux régions. Sur les cinquante-huit d'entre eux ayant reçu un avis favorable au déploiement²⁴, 71% des professionnels identifiés comme délégués sont des infirmiers.

Quarante-trois de ces protocoles de coopération sont développés dans le secteur hospitalier relevant l'effectif des délégués à 81% des infirmiers sur ce secteur d'activité.

Les activités énoncées comme complexes révèlent une activité de consultations de suivis de patients atteints de diabète, maladies d'Alzheimer ou de cancers à hauteur de 57%. Parallèlement, la proportion de la réalisation d'actes techniques est représentée à 43%.

Les sources étant nombreuses et parfois relatant des données chiffrées hétérogènes selon l'ARS ou la DGOS, il est difficile de quantifier le nombre de professionnels engagés. En effet, il semble perdurer une absence de systématisation des signalements de changement d'équipes de professionnels. La modification d'une équipe pouvant conduire à la fin d'un protocole, ces défauts de mise à jour de la base de données peuvent entraîner un recensement erroné du nombre de protocoles en application sur le territoire.

Le rapport²⁵ rédigé par l'ARS Ile-de-France en 2019 énonce quant à lui l'autorisation de quarante-six protocoles sur cette région portant à cinq-cents le nombre de professionnels adhérents.

Plus globalement, selon le rapport de 2021 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), avant 2020 hors protocole Asalée, « *sur les 8 régions dont les données étaient disponibles, la DGOS recensait 595 adhésions d'équipes à 44 protocoles de coopération, incluant 3088 professionnels de santé, 1617 médecins et 1471 professionnels non médecins. Selon les derniers chiffres recensés par la DGOS, ces protocoles concernaient en juin 2021, 891 équipes, 1814 délégants et 1727 délégataires* ».

Les dernières données de la DGOS de 2022 énoncent quant à elles l'existence de cinquante-six protocoles de coopération nationaux autorisés. Quarante-trois concernent exclusivement la profession infirmière pour cinq-cents équipes déclarées (IGAS, IGESR, 2022 Oct).

Nous pouvons ainsi constater que l'hétérogénéité de ces données ne nous permet pas d'établir précisément des statistiques. Cependant, ces dispositifs de coopération sont en nette évolution.

Pour pouvoir y adhérer, comment les professionnels de santé doivent-ils s'organiser au sein d'une même structure ?

²³ HAS. Les protocoles de coopération art 51- Bilan du dispositif- Évaluation 2014

²⁴ Annexe 1 – Bilan HAS 2010-2018 - Protocoles de coopération. Évolution des saisines

²⁵ Répertoire de protocoles de coopération entre professionnels de santé

1.4 Une multiplicité de visions et d'objectifs au cœur d'une interdisciplinarité

La conduite et l'aboutissement d'un projet interdisciplinaire ne peuvent avoir lieu sans échange entre les acteurs. En effet, l'espace de dialogue doit permettre à chacun de partager ses expertises, ses pratiques, d'engager une démarche réflexive quant aux objectifs et modalités de mise en œuvre. Il s'agit de faire se coordonner et s'associer plusieurs disciplines pour l'atteinte d'un objectif commun.

Cette démarche pluridisciplinaire reste malgré tout dépendante de la personnalité de ceux qui en sont à l'initiative. La coordination de plusieurs pratiques et disciplines requiert que la personne en charge de la démarche se positionne en tant que coordinateur. Elle doit également être capable de faire preuve de suffisamment de bienveillance et d'ouverture d'esprit pour entendre l'ensemble des demandes et ressentis des acteurs.

C'est un **réel travail en équipe dit coopératif, travail de lien entre les différents professionnels** qui, dans le cadre de ces protocoles de coopération, doivent maintenir une veille constante vers un objectif : la prise en charge du patient.

1.4.1 La vision des directions d'établissements de santé

➤ Des objectifs à atteindre en termes d'accès aux soins :

Dans le cadre du rapport de l'IGAS de 2021²⁶, neuf ARS ont été interrogées pour partager leurs données relatives à l'atteinte des objectifs attendus dans le cadre des protocoles de coopération.

Les objectifs en question sont les suivants :

- « - gain en temps médical,
- recentrage de l'activité médicale sur des actes plus complexes,
- raccourcissement des délais d'accès aux soins,
- diminution du renoncement aux soins en zone sous-dense,
- amélioration de la prévention et du dépistage,
- amélioration de la qualité des soins,
- amélioration de la coordination des soins. »

Seules quatre ARS ont pu transmettre ces informations, les autres ne disposant pas de ces données en raison de l'absence d'études quantitatives existantes.

L'évaluation qualitative de ces sept objectifs²⁷ est tout à fait favorable dans leur ensemble et permet d'affirmer les plus-values du développement des protocoles de coopération dans les établissements de santé.

➤ Une dimension financière :

L'absence de littérature ne m'a pas permis de mesurer l'impact financier de la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels de santé au sein des établissements de santé français.

Cependant, la revue Presse Médicale a publié un article²⁸ (Rouprêt & Vallancien, 2006) relatant l'expérience de la spécialisation d'infirmiers en endoscopie digestive exerçant en Angleterre. Une étude randomisée a pu mettre en évidence l'efficacité et la qualité des actes d'endoscopies digestives qu'ils soient réalisés par des infirmiers ou des médecins. Le taux de morbidité de certains de ces actes s'en est parfois trouvé réduit lorsque ceux-ci étaient pratiqués par des professionnels paramédicaux.

²⁶ Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, Tome 2 – Annexes et pièces jointes, p. 28

²⁷ Annexe 2 – Rapport IGAS 2021. Tome 2 – Évaluation quantitative de sept objectifs

²⁸ La délégation d'actes médicaux, un enjeu de la nécessaire réorganisation du système de santé en France

Les études menées ont par ailleurs contribué à analyser l'impact des coûts de cette délégation d'actes. Un avantage financier a pu être mis en évidence par le fait du recours à des professionnels paramédicaux dont le salaire est moins élevé que celui des gastro-entérologues. À contrario, la revue Médicale Suisse au regard de travaux d'études²⁹ a suggéré que cette substitution d'actes pouvait conduire à un impact financier économiquement neutre.

J'en viens à me questionner quant à cette constatation : **l'objectif de cette coopération entre professionnels de santé étant de libérer de temps médical pour que le médecin puisse pratiquer d'autres activités, n'y a-t-il pas une plus-value financière pour les institutions de par une augmentation des actes qui en découlerait ?**

Il semblerait que cela ne soit pas le cas.

La prime de coopération de cent euros brut versée individuellement aux professionnels de santé délégués peut être perçue comme un facteur d'attractivité du dispositif. Cependant, ce coût que doivent supporter les établissements de santé, peut être assimilé à un frein au développement des protocoles de coopération pour les plus petits d'entre eux.

En effet, le versement de cette prime pourrait s'apparenter aux frais engagés au recrutement d'un infirmier annuel à temps plein. Dans cette mesure, l'IGAS relate dans son rapport³⁰ qu'un accompagnement de l'ARS via le Fond d'Intervention Régional pourrait intervenir en appui financier de certains établissements de soins pour faciliter le déploiement de ces protocoles.

➤ **Un levier d'attractivité :**

Notre système de santé est en crise depuis plusieurs années. Les professions médicales et paramédicales souffrent d'un manque de reconnaissance tant au niveau individuel que financier ainsi que d'une perte de sens au travail.

Un accroissement de leurs missions les éloigne de leur cœur de métier, le prendre soin, et ne correspond plus pour certains d'entre eux, aux valeurs auxquelles ils sont attachés.

Refondre le champ des compétences des métiers de la santé pour répartir différemment les activités des professionnels de santé pourrait créer des possibilités d'évolution des missions propres au métier ou faire évoluer les carrières.

La coopération semble être l'une des solutions pouvant être envisagée. Le décloisonnement des professions de santé via le déploiement de ces protocoles de coopération représente pour les établissements de soins et plus précisément pour les Directions des ressources humaines (DRH) un **levier managérial important en termes d'attractivité et de recrutement des professionnels de santé**.

Certains protocoles de coopération requièrent un parcours professionnalisant et certifiant de ces professionnels souhaitant être identifiés comme délégués. Il s'agit pour les DRH, les coordonnateurs généraux des soins et encadrants d'accompagner le déploiement de ces dispositifs au sein de leur établissement par la reconnaissance des compétences spécifiques de ces agents.

Les projets de soins d'établissement peuvent être un moyen d'accentuer l'information quant aux possibilités d'évolution de carrière des professions paramédicales ou de développement de compétences. Les protocoles de coopération peuvent faire l'objet de création de postes, de « fiche action » ou de groupes de travail pour dynamiser leur développement au sein de l'institution. L'accompagnement des professionnels volontaires et des processus de mise en place pourrait se faire par l'intermédiaire de référents identifiés. Ce n'est qu'en développant une dynamique interprofessionnelle que ces nouvelles organisations pourront s'étendre.

²⁹ Kiefer B. Médecins-infirmières : quelle collaboration ? Revue Médicale Suisse. 2022 Janv, n°2374

³⁰ IGAS. (2021, Nov). *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*, Tome 1

1.4.2 L'approche du point de vue médical

En France, les activités des professionnels de santé ne peuvent être exercées qu'à condition d'acquérir des compétences propres à leur fonction, ce qui n'est pas toujours le cas dans d'autres pays. En effet, des professionnels de fonctions différentes notamment médecins-infirmiers peuvent réaliser des mêmes groupes d'actes.

La suite de ce travail de recherche relatera de cette coopération entre l'infirmier et le médecin.

Dans l'hexagone, nous abordons la notion de monopole dans les activités des professions de santé, notamment celui du monopole médical. Il distingue les professionnels médicaux des professionnels non médicaux par les actes que les médecins sont habilités à réaliser par la formation qu'ils ont suivie.

L'Art. L4161-1 du Code de la santé publique énonce que toute personne exerçant des activités diagnostiques, de traitement de maladies ou d'actes prévus dans la nomenclature médicale sans qualification du diplôme exigé à cet exercice serait qualifiée comme exerçant un exercice illégal de la médecine (IGAS., 2021 Nov).

L'organisation nationale des soins primaires en France s'exerçait encore il y a quelques années de manière isolée. Le système libéral français peut induire, pour les professionnels médicaux, une réticence au développement des protocoles de coopération d'autant plus si ce partage de compétences engendre un sentiment de concurrence lié aux activités exercées sur un même territoire. Certains d'entre eux peuvent craindre une diminution de leur activité déléguée à d'autres professionnels de santé, d'autant plus que celle-ci est encore pour le moment, liée à la tarification à l'activité. De plus, au regard de leur formation, les médecins et infirmières exercent leur activité selon deux modèles qui diffèrent l'un de l'autre.

C'est ainsi que le dispositif des protocoles de coopération peut amener à créer, au sein de la profession médicale, des craintes quant aux missions que d'autres professionnels de santé réaliseraient à leur place.

En amont, il s'agit de définir précisément les concepts de « transfert d'actes » et de « délégation » pour ôter toute confusion :

Un rapport d'information sénatorial³¹ reprend la définition proposée par Yvon Berland indiquant qu'« *il n'y a transfert d'acte que lorsque celui-ci figure dans le décret de compétence d'une profession paramédicale et que les professionnels qui en relèvent disposent de l'autonomie décisionnelle pour pratiquer l'acte* ». Si nous nous en tenons à cette stricte définition, les protocoles de coopération ne sont pas assimilés à un transfert d'actes comme le précise la définition de la HAS.

Ainsi, la délégation se définit selon le dictionnaire Larousse comme étant l'« *action de déléguer à quelqu'un, quelque chose* » ou comme une « *opération par laquelle une personne (le délégant) ordonne à une autre (le délégué) de faire ou de s'engager à faire une prestation à une troisième (le délégataire)* ».

L'acte n'appartient pas au domaine de compétences du délégué qui le réalise car il relève de la compétence du délégant. La Cour de cassation, dans un arrêt de 2001, conclut que le délégant doit assurer les missions de surveillance et de contrôle de l'acte réalisé par le délégué. Il doit se tenir disponible à tout moment en cas de nécessité sous peine de voir engagée sa responsabilité pénale pour défaut d'assistance impliquant un risque pour le patient. Cependant, il ne faut pas omettre que le délégué conserve l'entière responsabilité de l'acte qu'il a réalisé (SP Auché-Hédou, 2018).

³¹ Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la progression dans le soin et ouvrir la possibilité de définir de nouveaux métiers - <https://www.senat.fr/rap/r13-318/r13-3181.html>

Ainsi, le corps médical pourrait-il voir cette possibilité de délégation comme une menace où une part de leur activité serait réalisée par des professionnels n'ayant pas bénéficié d'une formation aussi longue et solide que la leur ? (Kiefer, 2022)

En effet, longtemps fut le cas où le médecin, unique détenteur du savoir médical et agissant en pleine autonomie, était celui vers lequel les patients se tournaient en cas de besoin lorsqu'ils étaient confrontés à la maladie. Leur statut de médecin leur offrait un pouvoir décisionnaire : le pouvoir d'apprécier l'état de santé des patients et d'influencer sur celui-ci par la prescription de traitements ou d'actes médicaux.

Les récentes publications notamment sur le statut des IPA reflètent la volonté du corps médical de conserver leur place en haut de la pyramide et la crainte de laisser la place aux professions paramédicales d'exercer certains actes ou activités médicales (Mattéi, 2020, Déc).

Ne pouvant en faire une généralité, bon nombre de médecins souhaitent participer à ces nouveaux modes d'organisation pour d'une part, faciliter l'accessibilité des patients aux soins et d'autre part, pour leur offrir des prestations de soins de qualité.

Selon le rapport de la HAS de 2008³², les médecins interrogés dans le cadre de la mise en place de ce dispositif sont satisfaits de l'intervention des paramédicaux. Les informations recueillies par ces professionnels sont « *jugées complètes et satisfaisantes dans plus de 90 % des cas, dans toutes les expérimentations concernées : réalisation d'échographies, d'explorations fonctionnelles digestives et d'échocardiographies, suivi du patient en neuro-oncologie et en pathologie prostatique* »³³. Le professionnel paramédical est en capacité de réaliser un acte complet et aussi bien voire même mieux qu'un médecin de par le temps consacré à la prise en charge du patient.

Le principe de coopération peut concerner des activités et tâches intervenant au cœur du métier des médecins. Les actes et activités délégués ne sont pas considérés comme étant secondaires et dénués d'importance. La collaboration entre professions médicales et non médicales permet d'obtenir une coopération efficiente par la création d'un binôme.

Un accompagnement du premier vers le second dans l'acquisition et l'appropriation de ces nouvelles pratiques ainsi qu'une communication efficace dans le libre échange seront favorables à la réussite de la coopération. Mais qu'en pensent les professions paramédicales ?

1.4.3 Le point de vue des professions paramédicales

Le manque de littérature à ce sujet ne m'a pas permis d'obtenir une vision représentative du point de vue des professionnels paramédicaux quant au déploiement et à la mise en œuvre des protocoles de coopération.

Selon le rapport de l'IGAS en 2021³⁴, les enquêtes menées ont mis en évidence une méconnaissance des professionnels quant aux modalités de fonctionnement de ces dispositifs.

La revue « Actusoins » a publié une étude réalisée par le syndicat national des professionnels infirmiers au travers d'un article datant de 2013 « *Une large majorité d'infirmières opposée aux protocoles de coopération* ». Cette organisation syndicale a évalué à 87% (sur douze-mille interrogés) l'opposition des infirmiers aux modalités des protocoles de coopération impliquant la réalisation d'actes non prévus dans leur décret de compétences.

L'une des principales réticences s'explique par le fait que les formations souvent conduites par les médecins délégués eux-mêmes ne soient pas validantes et sanctionnées par l'obtention d'un diplôme. De plus, le manque de reconnaissance statutaire et financière malgré la création d'une prime de coopération jugée insuffisante, limite l'engagement des paramédicaux à cet exercice professionnel.

³² HAS, Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé? , 2008, Avril

³³ Ibid, p. 14

³⁴ Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé

À contrario, les professionnels engagés dans ces protocoles sur la base du volontariat semblent être satisfaits. La revue Soins a publié un article³⁵ (Gartau, 2015) présentant le protocole de coopération du prélèvement de cornée sur personne décédée en vue d'une greffe.

Trois infirmiers identifiés comme délégués ont témoigné de leur satisfaction quant à l'adhésion à ce protocole. Leur intervention dans le cadre de cet acte a permis de faciliter l'organisation interne et de gagner en rapidité d'action pour la réalisation du prélèvement.

En effet, l'infirmier coordonnateur hospitalier des prélèvements d'organes est présent sur l'établissement les heures et jours ouvrés et se déplace rapidement lors des astreintes. C'est ainsi qu'une augmentation du taux de conformité des prélèvements a pu être vérifiée induisant une augmentation du nombre de greffons et donc de receveurs. Ces professionnels verbalisent également un sentiment de gratitude et de reconnaissance de leurs compétences par le corps médical qui autorise cette coopération. Ils se sentent valorisés dans l'exercice de leurs fonctions.

Les protocoles de coopération visent à améliorer la prise en charge des patients dans leur parcours de soins. Leur satisfaction doit-elle être évaluée, mais qu'en est-il réellement ?

1.4.4 Le ressenti des patients

En amont de la réalisation de l'acte, le patient est informé que celui-ci sera réalisé par un professionnel formé dans le cadre d'une délégation.

La HAS dans son rapport de synthèse de juin 2008³⁶ n'a recueilli qu'un refus de malade à participer au dispositif (données non exhaustives).

Le recueil de la satisfaction des patients via un questionnaire à l'issue de la prise en charge par un professionnel délégué ne semble pas être réalisé systématiquement. En effet, peu d'études ont permis d'évaluer leur contentement sur ces dispositifs de coopération.

Cependant, les résultats recensés ont permis d'identifier une certaine satisfaction des patients quant aux informations transmises par le professionnel délégué. Ils verbalisent être confiants concernant cet élargissement de compétences donné aux professionnels paramédicaux mais ils sont plus partagés quant au fait de ne pas voir systématiquement le médecin lors de la consultation.

Ces coopérations interviennent positivement dans le processus de prise en charge en améliorant la qualité des soins et permettent le développement de nouvelles formes d'activités au service des patients. Cependant, certains points peuvent être identifiés comme limitants au développement de ces protocoles. Le schéma SWOT qui suit permet d'en établir une vision macroscopique.

³⁵ Les coopérations entre professionnels de santé - Délégation d'un acte technique hospitalier. *Revue Soins*, n° 796.

³⁶ Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé- Rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade

1.5 Une synthèse par la méthode SWOT³⁷



Au regard de ces constatations, quel est le rôle occupé par le CDS dans le développement de ces protocoles de coopération ?

³⁷ Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats

2 Le rôle du cadre de santé dans le développement des protocoles de coopération

2.1 La définition de la mission de conduite de projet

Le décret du 31 décembre 2001³⁸ porte réforme au statut particulier des CDS de la fonction publique hospitalière. Suivant les dispositions émises par l'Art. 4, ils exercent des missions d'encadrement « *d'équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements [et assurent] des missions communes à plusieurs services ou de chargé de projet au sein de l'établissement* ».

Par ailleurs, l'organisation des établissements de santé s'est vue transformée par la création des pôles d'activité. Cette organisation polaire regroupant plusieurs services de soins devient une véritable entité autonome dans sa gestion organisationnelle et financière. C'est ainsi que la place que le CDS occupait jusqu'alors s'est modifiée au sein des institutions hospitalières.

En effet, Chantal de Singly dans son rapport datant de 2009 intitulé « *la mission cadres hospitaliers* » analyse l'activité d'encadrement comme un « *ensemble d'activités, permanentes ou ponctuelles, qui consistent à organiser, coordonner, cadrer, puis contrôler le travail des personnels ainsi encadrés* »³⁹. Au travers du management des membres d'une équipe, elle décrit une activité d'organisation et d'animation dans le cadre d'une gestion administrative, technique et de continuité des soins. Le cadre est également amené à **conduire des projets de service ou institutionnels** par la mobilisation de différents acteurs autour d'un même projet. Mission confirmée par le décret du 26 décembre 2012⁴⁰.

Le CDS est placé au sein de l'organisation comme pivot organisationnel. En effet, il est amené à interagir avec les professionnels intervenant dans les trois dimensions administrative, médicale et soignante. De par le rôle qu'il détient, il va être amené à résoudre des problématiques liées à l'organisation du service de soins et à planifier les ressources humaines pour que la qualité et la sécurité des prestations soient assurées.

Son positionnement en tant qu'acteur de proximité l'amène à être identifié comme « *premier relais d'information pour les décideurs du pôle* »⁴¹. Ses missions se sont vues se transformer notamment en termes de management et de coordination d'équipes pluridisciplinaires dans le cadre de missions transversales de projets. « *Le management de projet a joué et joue encore un rôle très important dans l'évolution des pratiques managériales* »⁴². L'engagement du CDS dans sa mission de coordination et de pilotage doit l'amener à tenir compte des logiques politico-économiques dans son approche managériale.

En tant que **gestionnaire de projet**, le CDS doit dans le cadre d'un engagement d'une action collective, **détenir une vision globale et développer une démarche fédérative**. En effet, il est amené à faire travailler ensemble des acteurs aux fonctions, pouvoirs et logiques différentes (Dujardin, Reverdy, Valette, & François, 2017).

Bien que les établissements de santé emploient des acteurs interdépendants, chaque catégorie professionnelle, dans le cadre de son activité, détient des compétences réglementées qui leur sont propres. Ces contraintes peuvent être à l'origine de cloisonnements et impacter les processus de changement au sein d'une organisation. Cependant, le CDS conscient de la nécessité d'être soutenu par l'institution, doit se positionner comme **acteur facilitant des coopérations interprofessionnelles** pour conduire à l'aboutissement du projet nécessitant le passage d'un certain nombre d'étapes.

³⁸<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000592539>

³⁹ Singly, C. (2009). *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, p. 20.

⁴⁰ Réforme du statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière- Art.3

⁴¹ Desserprit, G. (2021). *Cadre de santé en 24 notions*. Malakoff: Dunod, p. 45.

⁴² Néré, J.-J. (2015). *Le management de projet* (éd. 4e). Paris: Presses Universitaires de France, p.100.

2.1.1 Les étapes importantes à la conduite de projet

Un projet définit un but à atteindre par une transposition dans l'avenir sans pour autant avoir connaissance à l'instant T des incertitudes et difficultés qui pourront être rencontrées au cours de son développement (Desserprit, 2021). Tout changement impliquant de la nouveauté au regard des procédés demeurants peut comporter des risques que le CDS ne doit pas négliger. S'il est nommé comme chef de projet, le CDS aura pour mission de le conduire jusqu'à sa finalisation.

➤ **La clarification du projet** (Plougonven & Descatha, 2019) :

Avant de débiter une conduite de projet, le CDS doit passer par une étape de **clarification des faits et des enjeux relatifs à sa mise en œuvre**. Une démarche de sensibilisation des acteurs à l'intérêt de celui-ci permettra d'évaluer leur volonté de s'impliquer dans le processus. La démarche doit être formalisée, structurée et les objectifs de la finalité du projet doivent être précisés. Seule la validation des responsables hiérarchiques après l'exposition du projet pourra faire valoir son démarrage.

➤ **La recherche et l'évaluation des besoins :**

Outre la recherche de locaux, une **évaluation économique** doit être réalisée en amont pour déterminer les coûts engendrés du développement à la concrétisation du projet en lui-même (Néré, 2015). Ce chiffrage doit prendre en compte l'estimation des coûts des formations, de l'achat de matériel ou de l'emploi de ressources humaines utiles à la conception du projet ou à sa mise en œuvre. En effet, la **gestion des ressources humaines** est un élément prépondérant. Il s'agit de déterminer si les acteurs seront internes ou externes à l'organisation et s'ils pourront être mobilisés à hauteur des besoins. Il se peut que le projet nécessite dans sa mise en application l'intervention de personnes extérieures à la structure sans qui, la concrétisation du projet ne pourra se faire.

Par ailleurs, l'achat de matériel ou d'équipements spécifiques doit être anticipé. Les demandes inscrites au plan d'équipement appuyées par un devis du fournisseur ne peuvent conduire à une commande qu'après validation du chef de pôle et du directeur financier.

➤ **La constitution de l'équipe déléguants-délégués :**

Le CDS doit déterminer quels professionnels seront identifiés comme acteurs du projet. La composition de l'équipe ne doit pas être négligée car **les membres du groupe sont amenés à travailler ensemble et en complémentarité pour atteindre les objectifs**.

En effet, il doit s'interroger sur les moyens de « *faire travailler ensemble efficacement des acteurs dissemblables [pour] prendre les bonnes décisions* »⁴³ (Néré, 2015). Entreprendre un projet nécessite de faire intervenir différents professionnels ayant leurs propres compétences, intérêts et souhaits. « *Aucun individu ne peut à lui seul réunir toutes les connaissances nécessaires à la réalisation d'un projet dès que celui-ci est tant soit peu complexe* »⁴⁴ (Plougonven & Descatha, 2019).

Par l'exposition d'un projet de coopération médecins-infirmiers, il s'agira d'**identifier les médecins volontaires à la délégation d'activité**. Ils pourront également être acteurs dans la formation des professionnels selon les modalités des protocoles de coopération.

Concernant **les professionnels paramédicaux, seuls les volontaires pourront être identifiés comme délégués**. Le CDS devra cependant **évaluer lesquels seront aptes au regard de leurs compétences à exercer ces actes ou activités**. Notion qui sera décrite ultérieurement.

C'est cette multidisciplinarité au sein de l'équipe projet qui enrichira les échanges par la mise en commun des idées et des compétences de chacun.

⁴³ *Le management de projet* (éd. 4e). Paris: Presses Universitaires de France, p. 3.

⁴⁴ La conduite de projet en équipe pluridisciplinaire. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, Vol 89, n°6, p. 522.

➤ L'élaboration du plan d'actions :

Pour ce faire, la détermination du plan d'actions précisant l'ensemble des tâches doit être formalisée sur une feuille de route. La formation des professionnels dans le cadre d'un protocole de coopération est une étape importante qui doit être anticipée et planifiée. En effet, **l'organisation des actions et leur état d'avancement doivent être décrits** pour faciliter la visualisation et les phases constitutives du projet (Desserprit, 2021).

Le diagramme de Gantt est l'outil le plus couramment utilisé pour faire figurer les tâches inhérentes au projet et procéder à leur validation une fois celles-ci réalisées (Néré, 2015). C'est ainsi **que le CDS sera en mesure de veiller à la réalisation de chacune des phases** associées aux acteurs de l'équipe et qu'il pourra impulser un rythme de travail à l'ensemble du groupe. Malgré cela, il est nécessaire d'identifier et d'évaluer les risques, autres que managériaux, inhérents à la conduite du projet (Dujardin, Reverdy, Valette, & François, 2017). La formalisation de ces risques sous forme d'un tableau permet d'identifier ceux pouvant survenir tout au long du processus. Ainsi, ils pourront être pris en considération pour en supprimer ou en limiter les effets afin d'assurer le respect des objectifs déterminés.

La communication, par retour régulier des membres du groupe, doit s'établir à chaque étape du projet. Il se peut que des difficultés ou déconvenues viennent entraver son bon déroulement et impliquer la nécessité de mener des réajustements.

➤ La finalité du projet et son suivi :

À l'aboutissement de celui-ci, **le travail de chacun doit être valorisé** et chaque membre remercié pour sa participation et son implication. La réalisation d'un compte-rendu recensant les différentes étapes, difficultés rencontrées et réajustements mis en place pourra être partagé à d'autres professionnels désireux de développer un projet similaire.

Le CDS ne doit pas omettre d'**assurer le suivi du projet** une fois celui-ci mis en place.

La réalisation de réunions régulières sera également propice à l'échange et à la prise en compte du ressenti des professionnels. **Les indicateurs de suivi** devront être abordés lors de ces réunions. Ils sont importants pour mesurer en continu les actions, les effets et l'atteinte des objectifs. Des ajustements pourront être proposés au besoin pour favoriser l'atteinte des résultats escomptés.

Conduire un projet nécessite un réel savoir-faire de la part du CDS. La place et le rôle qu'il occupe sont déterminants car il est responsable du processus de mise en œuvre des acteurs engagés et également de la réussite ou de l'échec du projet entrepris. Il peut également être confronté à des phénomènes de résistance aux changements sur lesquels il devra intervenir.

2.1.2 La résistance au changement

Pour organiser la coopération, le CDS n'est pas le seul à avoir un rôle à jouer. Les professionnels exerçant au sein d'une même équipe de travail souhaitant s'engager dans un protocole de coopération doivent tous être volontaires. **Le CDS ne peut forcer les professionnels de santé à vouloir coopérer.**

Cependant, **la résistance au changement est un phénomène fréquent** au sein des établissements souhaitant modifier les pratiques professionnelles ou les organisations existantes. Un projet suppose un passage d'un avant à un après qui peut provoquer chez certains professionnels ces comportements de refus (Desserprit, 2021). Ils seront plus ou moins importants selon la dimension et le retentissement futur du changement. **Une situation inconnue peut être génératrice d'angoisse** et interprétée comme une rupture dans la stabilité et les habitudes qu'ils avaient jusqu'alors. En effet, l'organisation du travail et les règles se voient modifiées impliquant les collaborateurs à devoir s'organiser et à travailler différemment pour atteindre les objectifs du projet.

La plupart d'entre eux préfèrent se maintenir dans une zone de confort, sécurisante, raison pour laquelle ils expriment une attitude légitime de résistance devant ce qu'ils perçoivent comme étant un danger. C'est ainsi que « *le changement entraîne une réelle peur de l'inconnu, une transformation et une modification des habitudes dans lesquelles un certain confort de vie a été installé et que l'on a peur de perdre* » (La résistance au changement : un facteur humain, s.d.).

La « courbe du changement »⁴⁵ représente les étapes par lesquelles les collaborateurs peuvent passer pour faire face au changement évoqué. Elle peut être utilisée par le CDS comme outil managérial pour repérer les étapes de résistance.

Certains changements devront cependant s'opérer rapidement, mais il convient de laisser du temps aux professionnels pour qu'ils puissent être en mesure d'accepter le changement et d'évoluer vers cette nouvelle situation.

Le CDS doit se positionner en tant que **leader pour accompagner ces changements** pouvant être perçus comme une rupture avec les pratiques déjà existantes. Il s'agit de faire comprendre aux collaborateurs par un management adapté, l'intérêt de ces modifications pour qu'ils soient convaincus et en mesure de l'accepter.

2.2 Un management de la coopération

Comme précisé précédemment, la place du CDS semble capitale dans la mise en place et l'aboutissement de ce type de projet impliquant une coopération interprofessionnelle.

2.2.1 La notion de coopération

L'évolution du contexte sanitaire a conduit au développement de la coopération inter-établissement ainsi que du lien ville-hôpital. **Les nouvelles organisations de travail font de plus en plus appel à la coopération** pour maintenir un accès au parcours de soins répondant aux besoins de la population tout en garantissant une qualité et une sécurité des prestations.

Les coopérations entre professionnels de santé sont qualifiées par un « *engagement interdisciplinaire ayant pour objet de mutualiser [...] des pratiques professionnelles pour réorganiser des actions de soins envers les personnes soignées* »⁴⁶.

Ces dispositions font l'objet de la création de protocoles de coopération, coopérations ne pouvant fonctionner qu'à condition qu'elles soient volontaires et non imposées.

La coopération se définit dans le dictionnaire Larousse comme étant l'« *action de coopérer, de participer à une œuvre* ». Il s'agit de la participation de plusieurs personnes vers une intention commune.

Cette notion ne peut se résumer qu'à cette stricte définition.

Guy Le Boterf, auteur de nombreux ouvrages sur les compétences, aborde dans ces écrits notamment dans celui intitulé « *Construire les compétences collectives* » le concept de la coopération. Sa réussite impose la connaissance des moyens pour parvenir à une coopération efficace, la nécessité d'une volonté des acteurs de communiquer entre eux et d'en être capable⁴⁷.

La structure d'exercice des professionnels qui ont pour projet de coopérer doit être en mesure de **leur donner les moyens de travailler ensemble** par la mise à disposition de ressources nécessaires pour une coopération efficace. En effet, il peut être « *difficile [pour les] professionnels de coopérer si l'organisation dans laquelle ils travaillent ne s'implique pas dans cette coopération* » (Dollet, 2014).

⁴⁵ Annexe 3 – « La courbe du changement » aussi nommée « La courbe du deuil »

⁴⁶ Paillars, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, 5e éd. Gournay-sur-Marne: Setes

⁴⁷ Le Boterf, G. (2018). *Construire les compétences collectives* (éd. 3e). Paris : Eyrolles, p. 83

Cependant, trois conditions doivent s'allier pour contribuer à la mise en place d'une coopération interdisciplinaire : (Le Boterf, Construire les compétences collectives, 2018)

➤ **Le « savoir coopérer » :**

Chaque membre doit parvenir à modifier ses schémas de représentation et ses points de vue. Il n'est pas recherché à faire disparaître la singularité de chacun mais d'amener les acteurs à **réfléchir conjointement** pour les conduire vers une **représentation partagée**.

L'acquisition d'un **langage** et de **valeurs communes** pour une communication efficiente est bénéfique à la construction d'un travail en collaboration qui tendra à l'aboutissement d'un projet commun.

➤ **Le « pouvoir-coopérer » :**

L'identification d'un référent projet permet de s'assurer du bon fonctionnement de cette « micro-organisation » en devenir. Pour que les acteurs soient en mesure de coopérer efficacement, un lieu permettant des temps d'échange et de communication doit être institué. C'est au sein de ce nouvel espace où se construit la **mise en relation des acteurs** que peut se créer le collectif. Par ailleurs, l'identité professionnelle de chacun doit être conservée pour une approche centrée sur soi-même et ses besoins en veillant à réduire les liens hiérarchiques pouvant exister au sein du groupe.

Pour coopérer avec efficacité, cela suppose de disposer de ressources permettant d'instituer et de faire fonctionner des liens de collaboration, sans confusion de rôles, pour l'atteinte des objectifs personnels et individuels des membres du groupe au-delà des objectifs collectifs.

➤ **Le « vouloir-coopérer » :**

Le travail en collaboration requiert la constitution d'une équipe menée par un leader où les rôles sont clairement définis et les objectifs et indicateurs suivis. Chaque membre du groupe doit être **volontaire** pour participer à l'élaboration du projet et **impliqué** dans la communication et la transmission des savoirs. C'est par le **partage des compétences** et la **complémentarité des acteurs** au service d'un objectif commun que la coopération peut réussir et prendre tout son sens.

Fondée sur une capacité de partage, il est essentiel de pouvoir établir des échanges libres et désirés par les protagonistes. La reconnaissance mutuelle des capacités de chacun, la prise en considération de l'autre en tant qu'individu à part entière et la liberté de parole seront favorables à la création d'une dynamique équilibrée et équitable entre les acteurs. C'est ainsi que pourra avoir lieu une coévolution dans le respect, sans abus de pouvoir, par l'acceptation de règles édifiées ensemble.

Le concept de coopération est destiné à l'ensemble des membres d'une équipe intervenant dans un objectif commun, même si les responsabilités et missions sont différentes les unes des autres. Cette coopération est nommée transversale car elle implique la participation de professionnels non issus de la même profession et au niveau hiérarchique différent (Damette, 2002). Pour exemple, c'est le cas de la coopération médecins-CDS, médecins-paramédicaux.

2.2.2 Le tandem médecin et cadre de santé

Lorsqu'il s'agit d'aborder la notion de management, c'est au CDS que nous pensons en première intention. Cependant, depuis la création des pôles d'activités, est apparu un management polaire impliquant conjointement le chef de service, le cadre supérieur de pôle et de proximité. C'est dans ce cadre que tous ont dû apprendre à travailler en collaboration alors que leurs logiques professionnelles sont différentes.

Concernant ce sujet, la littérature est encore peu développée. En revanche, le rapport de juin 2020 du Professeur Olivier Claris⁴⁸ recommande de « *faire du chef de service et du cadre de santé un binôme managérial équilibré et opérationnel* » pour le bon fonctionnement de l'unité de soins et des projets développés au sein du service.

Le médecin chef de service constitue avec le cadre de proximité un binôme appelé « double management » hospitalier. La constitution de ce binôme permet un **partage des analyses et réflexions et de renforcer l'engagement des professionnels paramédicaux** aux projets de service impliquant la prise en charge du patient. Ces acteurs, agissant dans un but commun, souhaitent assurer une bonne gestion du service de soins pour tendre vers une qualité et sécurité des prestations.

Un article⁴⁹ paru en 2021 dans la revue Soins Cadres, relate que les missions et la vision du médecin et du CDS sont différentes. En effet, le CDS est quant à lui garant du fonctionnement et de l'organisation paramédicale tandis que le médecin, dont la mission principale est de soigner, a vu ses missions évoluer au fur et à mesure des années. Elles se sont élargies à la traçabilité, au management des équipes médicales et au développement des projets institutionnels. Il peut être force de proposition au développement de projet au sein du service sans pour autant détenir l'ensemble des informations nécessaires pour son déploiement. Sa vision souvent stratégique, alliée à une volonté de développer un projet tel qu'il l'a pensé, peut-être en décalage avec celle du CDS qui est plus orientée sur l'opérationnel. Le manager est attentif à ce que l'ensemble des conditions soient réunies pour la mise en œuvre d'un projet. **L'alliance de ces deux professionnels** engagés dans la coopération managériale est un facteur pouvant **accroître l'investissement et l'implication des paramédicaux** dans une activité performante.

Ce binôme est-il simple à faire fonctionner ?

Il est nécessaire que ces deux acteurs acceptent de travailler ensemble et qu'une **relation de confiance** puisse s'instaurer pour que la coopération soit efficace.

Dans le cadre des protocoles de coopération, le médecin et le CDS peuvent être amenés à définir conjointement la constitution de l'équipe déléguée au regard des comportements et compétences des professionnels. C'est cette relation et union de ces deux professionnels aux missions et pouvoirs différents qui seront bénéfiques à la mobilisation et à l'implication de l'équipe vers un objectif commun.

2.2.3 Les styles de management pouvant être utilisés par le cadre de santé

Chaque CDS est unique et adopte un style de management qui lui est propre au regard de sa personnalité. « *Il colore tous les aspects de son management, parce qu'il détermine sa façon de manager, de communiquer, de décider, de déléguer, de motiver* » (Ras, 2022). De plus, il doit s'adapter aux situations et aux profils des professionnels de santé qui constituent l'équipe de soins.

Le management se définit selon le dictionnaire Larousse comme un « *ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise* » dans le but de tendre vers une performance acceptable et suffisante. Dans le cadre de la gestion de projet, il s'agit de donner aux équipes une orientation et un accompagnement pour l'atteinte des objectifs et d'assurer l'ensemble des ressources humaines et matérielles pour la réalisation de celui-ci.

En effet, le style managérial utilisé par le CDS pourra avoir un impact positif ou négatif sur la performance des équipes de soins ainsi que sur les résultats attendus. Pour ces raisons, il est important qu'il utilise un management adapté.

⁴⁸ Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalière

⁴⁹ Rufat, O. (2021, Mai). La convergence médico-soignante, un atout majeur du directeur des soins. Dossier : Les binômes à l'hôpital. *Soins Cadres*, n°12

➤ Les styles de direction de Rensis Likert⁵⁰ :

Styles de direction selon Rensis Likert			
Autoritaire exploiteur	Autoritaire paternaliste	Consultatif	Participatif
<ul style="list-style-type: none"> • Autorité basée sur la peur et la conformité aux ordres 	<ul style="list-style-type: none"> • Le supérieur est au centre de l'organisation • Reconnu pour ses compétences et ses capacités gestionnaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Indépendant dans la prise de décision 	<ul style="list-style-type: none"> • Le supérieur n'agit pas seul dans la prise des décisions
<ul style="list-style-type: none"> • Prise de décisions par le supérieur puis effet d'annonce à l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de décisions autoritaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation des salariés avant la prise de décision pour éviter l'autoritarisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Salariés impliqués dans les décisions prises par le supérieur
<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de menaces et de sanctions 	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche le bien-être des salariés 	<ul style="list-style-type: none"> • Relation de confiance instaurée • Sollicitation de chaque salarié • Travail en équipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Relation de confiance instaurée • Implication à la vie de l'entreprise • Création de groupes de travail
<ul style="list-style-type: none"> • Communication limitée 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication uniquement descendante 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication facilitée • Interaction accrue 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication efficace entre la hiérarchie et les salariés
<ul style="list-style-type: none"> • Diminue la motivation des salariés 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilise le chantage (gain ou perte) pour motiver les salariés 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation des salariés 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation accrue • Facteur d'implication • Favorise l'atteinte des résultats

Dans les années 1950, Rensis Likert avait déjà mis en évidence les bienfaits du management participatif. En effet, il avait identifié les bénéfices dégagés du travail collectif comme facteur d'amélioration des relations dans le monde du travail et de la valorisation des professionnels. Les années passant, ces styles de direction se sont vus se modifier pour devenir des styles de management.

⁵⁰ Psychologue et théoricien Américain

➤ **Les quatre styles de management :**

Styles de management selon Paul Hersey et Ken Blanchard⁵¹			
Directif	Persuasif	Participatif	Déléгатif
<ul style="list-style-type: none"> • Autorité du manager • Forte implication • Verticalité du management 	<ul style="list-style-type: none"> • Position de leader • Manager comme décisionnaire • Encourage le partage des points de vue 	<ul style="list-style-type: none"> • Position de leader/encadre • Participation des salariés à la prise de décision 	<ul style="list-style-type: none"> • Auteur dans la prise de décision mais n'agit pas seul • Participation faible du manager
<ul style="list-style-type: none"> • Limitation de l'autonomie des salariés • Collaborateurs peu expérimentés et peu compétents 	<ul style="list-style-type: none"> • Esprit d'équipe • Coopération et cohésion du groupe • Susciter l'intérêt, fédérer 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite une motivation élevée des salariés • Expression de la créativité • Liberté dans la réalisation • Intelligence collective 	<ul style="list-style-type: none"> • Salariés impliqués dans les décisions prises par le manager • Encouragement à la prise d'initiatives • Compétences des salariés indispensables
<ul style="list-style-type: none"> • Sanctions et récompenses 			<ul style="list-style-type: none"> • Droit à l'erreur
<ul style="list-style-type: none"> • Centré sur les résultats 	<ul style="list-style-type: none"> • Centré davantage sur le relationnel et l'organisationnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Davantage centré sur les salariés plutôt que sur les résultats 	<ul style="list-style-type: none"> • Centré sur les résultats mais libre choix des salariés pour l'atteinte

➤ **Vers un management situationnel :**

Paul Hersey et Ken Blanchard (1980) ont confirmé l'idée qu'il n'existait pas de type de management idéal. Dans cette optique a été créé le management situationnel qui permet au manager une prise de recul sur ses pratiques tout en s'adaptant au mieux à la situation et au public vers lequel il se dirige.

En effet, la recherche de l'autonomie au travers de la maturité professionnelle et le développement de la responsabilité des collaborateurs est un des principes de ce type de management. Il s'agit d'identifier les compétences et la motivation des individus (Stern & Schoettl, La boîte à outils du management, (2e éd), 2019).

C'est ainsi que selon la situation, le management sera directif, participatif, persuasif ou déléгатif.

Dans le cadre du développement et de la mise en place d'un projet, le CDS naviguera entre différents styles de management en fonction des objectifs à atteindre à l'instant T. Il pourra être dans une démarche participative où la contribution de tous permettra d'étayer les possibilités qui pourront être prises en compte dans ce projet.

Au regard du degré d'autonomie des professionnels et de leur expertise, le management déléгатif pourra être choisi ou au contraire le style persuasif pour une équipe novice mais motivée. En revanche, le management directif peut être utilisé pour la répartition des tâches et le suivi de leur réalisation dans le temps imparti.

➤ **Vers un nouveau style managérial - le manager facilitateur :**

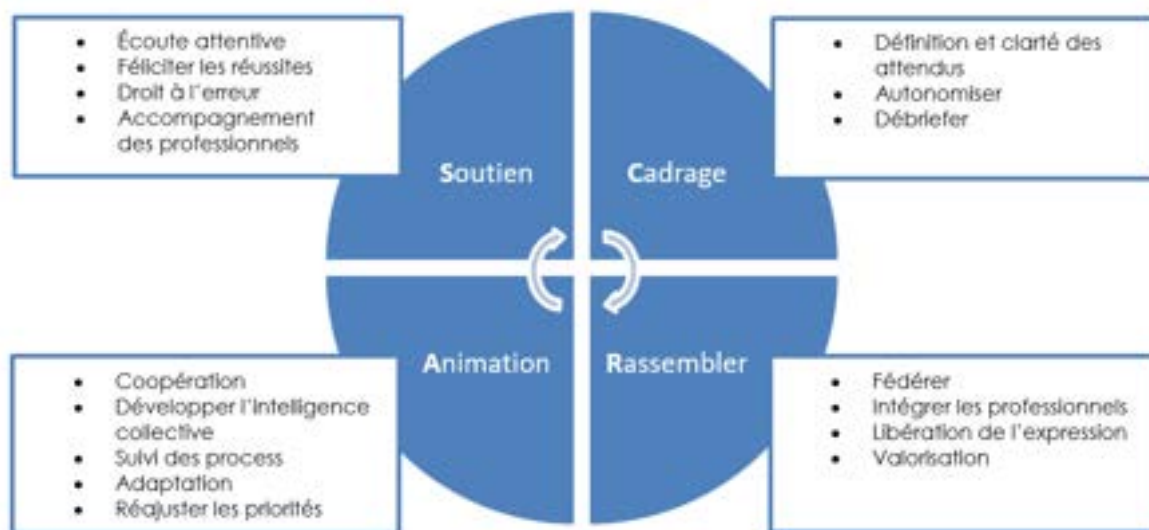
Mes recherches m'ont amenée à découvrir ce nouveau type de management développé par Francis Boyer, spécialiste en innovation managérial, conférencier et coach pour les dirigeants.

Le rôle du manager facilitateur est comme son appellation l'indique, de faciliter le travail des membres de son équipe par un pouvoir partagé qui leur laisse davantage d'autonomie dans l'action et la prise de décision. En effet, les acteurs impliqués et actifs participent avec le manager à cette dynamique de changement dans le cadre d'une co-construction du projet (Arnaud & Caruso Cahn, La boîte à outils de l'intelligence collective, 2e éd. , 2021).

⁵¹ Spécialistes en management et auteurs du leadership situationnel

Dans une société innovante, il n'est plus envisageable de se centrer uniquement sur le manager mais plutôt sur le développement de l'intelligence collective pour atteindre les objectifs.

Cette nouvelle orientation implique que le manager adopte une nouvelle posture et que son rôle soit redéfini en se basant sur l'acronyme CRAS⁵² :



Cette posture peut également être adoptée par le manager dans la mise en œuvre de projets et implique une communication efficace. Dans le cadre du développement d'un protocole de coopération entre professionnels de santé, le CDS va devoir s'investir dans ces quatre quadrants pour pouvoir porter le projet dans sa finalité.

Nous constatons que les trois quarts de ces missions sont à destination des professionnels et que de nombreuses actions sont à mener. Ces protocoles de coopération sont des dispositifs qui valoriseront intellectuellement les professionnels délégués autant par les connaissances théoriques que pratiques qu'ils auront développées.

2.2.4 L'importance d'une communication efficace

Pour ce faire, la communication doit être utilisée efficacement car elle occupe une place prédominante dans la concrétisation de tout projet au sein d'une organisation. Nous pourrions nommer cela comme un « *pilotage relationnel fondé sur la communication* » (Hauch, 1998). En effet, un projet de coopération implique l'instauration d'un dialogue pour que les relations entre acteurs puissent se maintenir ou se construire.

Les trois composantes de la communication comprennent (Hauch, 1998) :

- Les échanges d'informations nécessaires au développement du projet par la prise en considération des différentes étapes de mise en place tant dans les dimensions organisationnelles du travail que dans les aspects techniques (ressources matérielles, mise à disposition des locaux).

- Les relations interpersonnelles s'établissent par la relation créée entre les membres d'une équipe. La mise en commun et la complémentarité des compétences permettront plus facilement d'atteindre les résultats attendus par une collaboration et une coopération efficace.

- Les références communes : l'émergence de règles comportementales et de normes via les interactions permet aux acteurs de donner du sens au projet et de faciliter la compréhension des objectifs et des décisions prises.

⁵² www.innovationmanageriale.com/definition-du-manager-facilitateur/

Cependant, il ne faut pas omettre que mettre en place une coopération peut provoquer des perturbations organisationnelles et humaines, pour lesquelles ces enjeux relationnels doivent être pris en compte par le CDS.

Comme le suggèrent Giroux N. et Taylor J. dans leur ouvrage⁵³, le positionnement du manager au sein d'un groupe en interaction facilitera la compréhension « *du processus de mise en relation, de délibération et de négociation qui se réalise dans la communication entre les participants* ». Ce moment, considéré comme un véritable temps d'échange, permettra à chaque membre du groupe de s'exprimer sur ses ressentis et ses craintes.

De plus, en termes de communication institutionnelle, le CDS se doit de communiquer autour du projet auprès des équipes médicales et paramédicales mais également auprès de ses supérieurs hiérarchiques qui relaieront l'information aux directions.

Cette information permettra de transmettre les données relatives au cheminement du processus et par ailleurs d'asseoir la position et l'existence de la future équipe déléguée. Cette reconnaissance des professionnels identifiés par le CDS contribue au maintien de leur motivation au projet, qui sans eux, ne peut se concrétiser.

2.3 La constitution de l'équipe déléguée

Bien que ce rôle revienne au CDS, il n'est pas seul décisionnaire. En effet, nul ne peut obliger des professionnels à s'investir dans des projets s'ils ne sont ni motivés, ni impliqués.

Comment se définissent ces deux concepts indispensables à un engagement ?

2.3.1 L'engagement des équipes au projet par la motivation et l'implication

➤ La motivation :

En tant que pilote de projet, le CDS doit être en mesure d'identifier les intérêts et motivation des acteurs à participer au dit projet. « *La motivation des personnes constituant l'équipe est un des moteurs de réalisation du travail* » (Desserprit, 2021).

Pour ce faire, il s'agit dans un premier temps de définir ce concept qui permettra au CDS de pouvoir agir sur les leviers motivationnels des agents.

Selon le dictionnaire Larousse, la motivation est caractérisée par les « *raisons, intérêts, éléments qui poussent quelqu'un dans son action ; fait pour quelqu'un d'être motivé à agir* ». Les causes de motivation peuvent être conscientes ou inconscientes.

Ce terme est apparu dans les années 1930 et a fait l'objet de nombreuses études à ce sujet à partir des années 1960.

Les recherches effectuées pour lesquelles j'ai réalisé une synthèse, m'ont permis de découvrir différentes théories dont les modèles peuvent être complémentaires les uns des autres.

Frederic W. Taylor s'est questionné dans les années 1910 sur les facteurs motivationnels des travailleurs à la chaîne. Le résultat de ses recherches l'a amené à **mettre à l'écart l'idée que contraindre les ouvriers à une tâche pouvait induire une certaine forme de motivation.**

Il fonde cependant sa théorie en considérant que **le gain peut conduire les individus à être motivés.** Dans un monde du travail mécanisé, le salaire au rendement peut déclencher une incitation du travailleur à accroître ses revenus. Sa théorie est ainsi exclusivement fondée sur l'aspect pécuniaire et écarte l'ensemble des dimensions reliées au facteur humain. Cependant, la répétitivité des actions provoquée par la division du travail par tâches est source de démotivation des ouvriers.

Cette théorie peut confirmer le principe des protocoles de coopération nécessitant l'implication de professionnels volontaires qui seront rémunérés par une prime de coopération.

⁵³ (1995) Le changement par la conversation stratégique dans Perspectives en Management stratégique, tome 3. Paris : Economica

Quelques années plus tard, les enquêtes au sein d'usines téléphoniques menées par **Elton Mayo** dans les années 1930 ont permis de donner naissance à « *l'école des relations humaines* ». Ce psychologue s'est aperçu qu'**un climat psychologique favorable pouvait impacter positivement la production** des ouvriers.

La dynamique induite par la constitution de groupes de travail lui a permis d'établir une **corrélation entre la satisfaction des besoins psychologiques et la motivation**. C'est ainsi qu'il recommande aux responsables d'entreprise d'assurer une communication efficace au sein des groupes par le maintien de bonnes relations de travail entre les salariés et eux-mêmes. **La prise en considération des besoins et la motivation conduisent à un meilleur rendement de travail**.

En effet, il est du rôle du CDS de veiller au bon fonctionnement du groupe, de la prise en considération des expressions et ressentis de chacun pour le maintien d'une intelligence relationnelle.

La théorie d'**Abraham Maslow** (1947) se base quant à elle sur la pyramide de hiérarchie des besoins. Un individu cherche à **satisfaire ses besoins par ordre de hiérarchie en partant des besoins physiologiques** pour aller jusqu'à celui de se réaliser.

Dans cette théorie, les facteurs de motivation de l'individu progressent en même temps que l'évolution de ses besoins. Ainsi, tant qu'un besoin n'est pas satisfait, la motivation perdure. Ce n'est qu'une fois le besoin réalisé qu'il pourra satisfaire le besoin suivant. Un responsable doit cependant prendre en compte que les membres d'un même groupe ou d'une équipe ne cherchent pas à satisfaire le même besoin.

Suite à ses recherches, **Edwin Locke** (1968) a établi une corrélation entre la fixation d'objectifs et la motivation des collaborateurs. Il est parvenu à démontrer que **la formulation d'objectifs spécifiques et précis agit sur l'amélioration de la performance des individus**. Cet accomplissement dépendra du positionnement du manager et de son aptitude à réaliser des feedbacks pour évaluer la capacité de l'individu à les atteindre.

Ce ne sera que des années plus tard, en 1990, que E. Locke et G. Latham préciseront les conditions nécessaires à la formulation d'un objectif pouvant conduire à la motivation.

Frederick Herzberg (1971) distingue deux types de facteurs.

Les facteurs d'hygiène se réfèrent aux conditions de travail (rémunération, relations de travail, politique d'entreprise...) et peuvent contribuer à l'insatisfaction des travailleurs. L'absence de ces facteurs ne permet pas de faire naître la motivation.

Les facteurs moteurs favorables à un épanouissement professionnel (reconnaissance, responsabilité, valorisation...) peuvent quant à eux être source de satisfaction à condition que le travailleur ne ressente pas simultanément de l'insatisfaction.

En effet, ces deux facteurs agissent de manière indépendante suivant une formule selon laquelle la motivation est égale à la somme de l'absence d'insatisfaction et de la satisfaction. Il est vrai que dans le contexte actuel, les professionnels paramédicaux ressentent pour certains une perte de sens au travail. Il se peut que l'organisation du travail et les directives institutionnelles ne soient pas en adéquation avec certaines de leurs valeurs. Le CDS de par son implication auprès des professionnels doit valoriser leurs actions et faire naître un sentiment de reconnaissance.

Quant à lui, **Victor Vroom** cherche à comprendre quelles sont les raisons qui font qu'un individu est motivé ou ne l'est pas. La motivation peut-être définie comme « *l'intensité d'agir pour accomplir une action* »⁵⁴ (Dejoux, 2017).

Pour ce faire, Vroom a développé la « théorie des attentes » qui s'explique par l'alliance de trois facteurs : la valence, l'instrumentalité et l'expectation.

La valence sera dépendante de l'intérêt que porte l'individu à la récompense acquise.

L'instrumentalité est définie par le lien de l'implication à une rétribution équitable au regard de l'effort déployé.

La confiance en soi de l'individu et sa détermination fonderont le principe de l'expectation.

Cette théorie atteste que **ces trois notions sont fondamentales à la motivation** mais qu'elles restent propres à chaque individu dans leurs manifestations.

⁵⁴ Du management agile au leader designer

Pour conclure, il est supposé que chaque personne peut adopter un comportement susceptible de développer la motivation. Celle-ci peut être provoquée par des facteurs internes personnels dits intrinsèques (intérêt pécuniaire, instinct, reconnaissance...) ou par des facteurs externes nommés extrinsèques relatifs à l'environnement, à une situation, à un climat social (...).

La motivation intrinsèque correspond à la réalisation d'une tâche ou d'une activité sans que l'on y ait été contraint qui conduit à la création d'un sentiment de satisfaction.

Jacques Chalifour⁵⁵ décrit que « *les principales sources de motivation de l'humain sont liées à la réponse à ses besoins fondamentaux ; rechercher le plaisir et éviter la souffrance et l'inconfort face aux besoins éprouvés* ».

Parallèlement, **la motivation extrinsèque** fait, quant à elle, appel à une intention d'obtenir une contrepartie. Philippe Bernoux, dans son ouvrage intitulé « *la sociologie des organisations* » décrit que « *l'individu [dans une position de stratège] va déterminer son comportement en fonction de ses intérêts par rapport à ce que l'entreprise peut lui offrir* »⁵⁶.

Dans le contexte actuel, il semblerait que les professionnels soient moins motivés à s'engager dans des projets de service. Cela pourrait-il s'expliquer par une discordance entre l'attente des professionnels au travail et ce que le monde du travail peut leur offrir ?

Il s'agit pour les manager d'offrir une possibilité de satisfaction au travail pour les agents. Cependant, la motivation ne suffit pas à engager les membres d'une équipe à un projet, pour se faire, ils doivent s'impliquer.

➤ **L'implication :**

L'implication et la motivation sont complémentaires mais composées par différentes variantes. Tout CDS aimerait pouvoir espérer que l'ensemble des professionnels de l'équipe soient engagés et impliqués. Quand lui cherche l'implication des agents, eux souhaitent par l'intermédiaire de la motivation à satisfaire leurs besoins. « *La motivation est le processus qui permet de faire le lien entre implication et satisfaction* » (Alexandra-Bailly, Bourgeois, Gruère, & et al, 2013).

Quant à elle, l'implication se distingue par un **attachement et un « engagement des personnes dans leur travail » motivés par le fait d'avoir trouvé quelque chose dans son activité qui leur donne l'envie de s'y engager davantage**. « *La personne s'implique dans une activité parce qu'elle s'y reconnaît* » (Thévenet, 2004).

Christine Mias⁵⁷ définit l'implication comme un « *enchaînement, entrelacement* » et impliquer représente l'action de « *plier dans, entortiller, emmêler* ». Dans un contexte professionnel, nous pourrions traduire cela comme le fait de se plier à une situation et parvenir à son atteinte.

Dans son article⁵⁸, elle décrit l'implication professionnelle comme un concept reposant sur trois critères : le sens, le repère et le contrôle. Cependant, l'implication peut s'exprimer différemment selon la mobilisation de ces critères. En effet, la personne sera active en exprimant ses intentions, la volonté de participer et de se mobiliser pour entreprendre et atteindre les objectifs si au moins l'une de ces trois composantes est présente. Dans le cas contraire, elle sera passive.

Le sens selon le dictionnaire Larousse est une « *raison d'être, valeur, finalité de quelque chose, ce qui le justifie et l'explique* ». Cela implique que la personne identifie les étapes par lesquelles elle devra passer et comprenne la finalité de l'action entreprise.

L'action n'aura de sens que si la personne a la possibilité de mobiliser ses compétences, de stimuler son potentiel pour atteindre les objectifs qui devront pleinement la satisfaire et répondre à ses intérêts.

⁵⁵ Était professeur titulaire de l'École des sciences infirmières de l'Université de Laval

⁵⁶ *La sociologie des organisations*, 6e éd. Paris: Seuil, p. 32

⁵⁷ Docteur en sciences de l'éducation

⁵⁸ Modélisation d'un processus de professionnalisation : l'implication professionnelle, p. 207-224

Les repères associent les concepts d'identité professionnelle et de représentation professionnelle. En effet, l'identité professionnelle permet à la personne de s'identifier à ses pairs tout en conservant son individualité qui la distingue des autres. L'utilisation de ces repères permet aux membres d'un groupe de trouver un sens commun à des actions qu'ils devront mener même si la méthode pour y parvenir sera différente en fonction des profils. La représentation professionnelle se traduit quant à elle par une élaboration commune de savoirs relatifs à leur domaine d'activité qui permettront, par l'adoption de mêmes croyances, à réguler les pratiques à l'intérieur du groupe.

Le sentiment de contrôle est relatif au positionnement et à la capacité d'agir de la personne dans l'action entreprise.

Comme le précise Maurice Thévenet⁵⁹, l'implication ne dépend que des individus eux-mêmes mais c'est au manager d'infléchir cette posture pour instaurer des circonstances favorables à cette atteinte. Des aspects du travail peuvent intervenir comme facteurs d'implication des personnes dans des projets. La valeur donnée au travail conduit à l'implication quand celui-ci est valorisé et que la notion de devoir est importante.

L'environnement de travail est également un élément majeur à ne pas négliger dans une équipe car les relations entre les personnes et le cadre de travail participent au développement identitaire de chacun.

Par ailleurs, l'implication peut être liée à l'activité, au métier exercé du fait de l'attachement à la profession. Cet attachement peut dans certains cas être corrélé à un statut social par l'image renvoyée par la société.

L'entreprise reste le dernier facteur de l'implication et ne doit pas être négligé. Il est primordial pour les professionnels de se reconnaître au sein de l'institution par une adéquation avec les valeurs et les objectifs véhiculés (Thévenet, 2004).

Les professionnels identifiés comme motivés et impliqués pourront constituer l'équipe déléguée du protocole de coopération. Cependant, le CDS devra également s'intéresser aux compétences développées et acquises de ces professionnels.

2.3.2 La notion de compétence

Selon le dictionnaire Larousse, la compétence est une « *capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger* ».

Philippe Zarifian⁶⁰, quant à lui, la définit comme « *la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté* » (Zarifian, 1999).

Ce concept de compétence peut également être décrit comme une qualification requise à exercer une activité donnée par la reconnaissance de cette aptitude.

Seulement, la compétence se rapporte également aux connaissances qui confèrent une capacité d'exercice dans le domaine. En effet, selon Philippe Perrenoud⁶¹, cette capacité d'action ne peut intervenir sans détenir au préalable les connaissances utiles à un exercice. La résolution d'une situation doit faire appel à la mobilisation au temps opportun des connaissances acquises.

Cependant, pour Guy Le Boterf, « *la compétence d'un professionnel se reconnaît à sa capacité à gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles* »⁶². Il insiste sur l'importance qu'une personne n'est pas nécessairement compétente dans une situation même si elle a acquis de nombreuses connaissances en la matière. Il ne s'agit pas pour autant de devoir les additionner les unes aux autres pour être compétent.

⁵⁹ Professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers - École supérieure des sciences économiques et commerciales. Auteur d'ouvrages sur la culture d'entreprise et le management

⁶⁰ Sociologue Français

⁶¹ Titulaire d'un doctorat en sociologie et anthropologie. Auteur d'ouvrages sur le thème de la pédagogie notamment en milieu scolaire et de la formation des enseignants.

⁶² Le Boterf, G. (2002, Février). De quel concept de compétences avons-nous besoin? *Soins cadres*, n° 41, p. 1 de l'article

L'apprenant doit se positionner dans une démarche réflexive afin d'identifier les possibilités de mise en œuvre d'une pratique professionnelle pertinente. « Pour cela, [il] devra savoir combiner et mobiliser plusieurs compétences en ressources »⁶³ qu'elles soient personnelles ou externes (matériel, outils, personnes ressources).

Cet auteur, dans un article intitulé « De quel concept de compétences avons-nous besoin ? » a développé un **modèle regroupant trois conditions à associer pour permettre aux personnes d'agir en compétence** :

➤ **Le savoir agir** vise à acquérir les ressources nécessaires au positionnement du pouvoir agir pour permettre le développement et la réalisation de pratiques professionnelles adaptées à la situation.

Le savoir s'acquiert par les connaissances acquises dans le cadre d'un parcours de formation professionnalisant. Cependant, il ne faut pas omettre que le savoir agir ne peut être dissocié du savoir-faire qui nécessite, quant à lui, des connaissances acquises dans le cadre de l'expérience ou lors d'analyses de situations.

En effet, une organisation de travail faisant intervenir la polyvalence, l'autonomie et l'adaptation des professionnels permettra de développer des compétences pour agir et s'adapter aux situations.

J'ajouterai cependant l'importance du savoir-être qui pourrait se qualifier comme étant relatif aux qualités relationnelles et aux comportements des individus. Ces attitudes doivent d'être adaptées aux situations et aux personnes qu'ils sont amenés à rencontrer au sein d'une même organisation (Boudreault, 2017).

➤ **Le pouvoir agir** implique par ailleurs que le contexte de travail soit favorable. Il doit être pris en compte l'ensemble des dimensions ayant trait à l'organisation, aux méthodes et conditions de travail ainsi que les moyens mis à disposition pour permettre aux professionnels d'agir en pertinence.

➤ **Le vouloir agir** des professionnels dépend du type de management employé pour l'acquisition et la mobilisation des ressources nécessaires. Il favorise la motivation des professionnels à l'agissement.

L'ensemble de ces conditions énoncées par G. Le Boterf constituent un « *environnement favorable pour maximiser la probabilité que les personnes ou les équipes concernées agissent et interagissent avec pertinence et compétence* »⁶⁴.

Dans le domaine sanitaire, la qualité de la prise en charge d'un patient dans son parcours de soins ne peut faire appel à la compétence de seulement quelques professionnels.

La prise en soins du patient dans sa globalité implique la coopération de différents acteurs tels que les médecins, les professionnels paramédicaux (...). Il s'agira alors d'une compétence collective par la mise en œuvre d'actions pour tendre vers un objectif commun.

C'est ainsi que le CDS doit veiller à faire progresser les façons d'agir des professionnels par différents moyens. Pour la détermination de l'équipe déléguée dans le cadre du déploiement de protocoles de coopération, le CDS peut s'appuyer sur les résultats obtenus dans le cadre du développement professionnel continu.

⁶³ Ibid, p. 1 de l'article

⁶⁴ Le Boterf, G. (2008). *Repenser la compétence*. Paris: Eyrolles, p. 83

2.3.3 Le développement de compétences des paramédicaux par le développement professionnel continu

Le développement professionnel continu (DPC) a été inscrit au Code de la santé publique par la loi HPST. Ce n'est que des années plus tard qu'il a été réformé par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016.

Ce dispositif permet aux professionnels de maintenir et/ou de développer leurs compétences au regard des nouveaux enjeux sociétaux, mouvance démographique ou accroissement des progrès techniques dans l'objectif de garantir aux usagers sécurité et qualité des soins. Il comprend les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour s'assurer de l'application des connaissances et compétences dans la pratique professionnelle tandis que la formation continue permet de les approfondir ou de les développer.

➤ **L'évaluation des pratiques professionnelles :**

Les professionnels de santé sont soumis à la réalisation des EPP introduite par la loi de politique de santé publique du 09 août 2004.

En référence aux recommandations selon les méthodes de la HAS, ces analyses étudient les pratiques tant au niveau individuel que collectif dans les aspects organisationnels ou dans le cadre de prises en charge à visées préventives, diagnostiques et/ou thérapeutiques.

L'Art. D4133-0-1 du Code de la santé publique⁶⁵ transféré par décret du 14 avril et 26 juillet 2005 précise que « *l'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L.4133-1-1 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.* »

Dans le secteur hospitalier, ces démarches visant à engager une démarche réflexive des professionnels de santé quant à leurs pratiques et aux savoirs détenus sont le plus souvent initiées par les CDS. C'est ainsi qu'elles peuvent être évaluées dans le quotidien des professionnels sous forme d'audits en analysant les pratiques de soins sur le terrain au regard des protocoles et procédures formalisées. De plus, une analyse a posteriori d'une situation peut être également un outil d'évaluation de celle-ci par une réflexion commune des professionnels.

Ces méthodes permettent, par la constatation d'écart de pratiques, de conduire à l'élaboration d'un plan d'actions qui devra être suivi dans le temps. Il s'agit d'évaluer les prises en charge ainsi que les résultats de ces EPP pour établir des réajustements de pratiques non optimales ou de compétences des professionnels identifiés.

➤ **La formation continue :**

La loi du 09 août 2004 spécifie que « *la formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins. L'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles* ».

Lors de la campagne d'évaluation et de l'élaboration du plan de formation, le CDS en présence de l'agent établit les besoins en formation. Ces actions de formation peuvent être internes ou externes à l'établissement, en présentiel ou en distanciel ou sous forme de méthodes de simulation en santé.

Le DPC permet aux professionnels d'être en capacité de repérer les situations nouvelles ou complexes et de pouvoir adapter leurs pratiques à ces situations. C'est ainsi qu'ils seront identifiés comme étant des professionnels compétents.

⁶⁵ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913228/2005-04-15

C'est par l'ensemble de ces méthodes analysant le savoir, savoir-faire et savoir-être que le CDS, avec la collaboration du médecin, sera en mesure d'identifier les professionnels paramédicaux qui composeront la future équipe déléguée du protocole de coopération, à condition qu'ils détiennent le diplôme et l'expérience requise.

2.3.4 La formation des paramédicaux aux protocoles de coopération

En 2012, la HAS a rédigé un document développant la formation dans le cadre de la coopération entre professionnels de santé (HAS, Coopération entre professionnels de santé - Formation, 2012).

Ainsi, **tout développement et mise en application d'un protocole de coopération nécessitent en amont que le CDS ait identifié les compétences déjà acquises par les professionnels identifiés comme délégués.** C'est à la suite de cette étape que seront proposées des formations pour le développement ou le réajustement des compétences relatives à la réalisation d'actes ou d'activités pour lesquels le protocole de coopération est mis en place.

Dans le cadre de protocoles en création, il s'agit de développer le parcours de formation des professionnels après autorisation de la HAS. Concernant les protocoles nationaux déjà autorisés, le CDS devra se référer à la fiche projet développant les modalités de la formation attendue. C'est ainsi que les professionnels identifiés devront suivre une formation théorique et pratique. Celles-ci pourront avoir lieu soit au sein d'organismes agréés, d'universités (pour l'obtention d'un diplôme) ou au sein de la structure par une formation en interne par compagnonnage.

Il est préférable qu'une réflexion soit engagée avec le service de formation continue de l'établissement pour que le parcours formatif soit suffisamment pertinent et accessible afin de permettre à d'autres équipes volontaires de réaliser cette même formation. En effet, les attentes en termes de formation peuvent différer d'un protocole à un autre.

Une fois le protocole de coopération en application, le CDS ne doit pas omettre d'évaluer les compétences de l'équipe déléguée dans le cadre de la formation continue. En effet, il doit s'assurer du maintien des compétences des agents pour satisfaire aux exigences de qualité et de sécurité des actes délivrés.

Par ailleurs, le suivi et l'analyse d'indicateurs⁶⁶ prévus dans le protocole, la réalisation d'EPP sous forme d'audits ou de réunions d'équipes sont autant d'outils à l'amélioration des compétences des professionnels et de la mise en œuvre du dispositif dans le cadre de la prise en charge du patient.

Il est important d'indiquer que les compétences développées par les infirmiers dans les protocoles de coopération ne sont pas intégrées à la formation initiale. En effet, le décret d'actes du 29 août 2004 de la profession infirmière n'a pas évolué depuis cette date en dépit des révisions du système de santé.

Les compétences acquises par des actions de formation pour l'exercice de l'activité de délégation ne sont pas définitives. En effet, elles font l'objet d'un exercice dérogatoire et ne sont pas incluses dans le référentiel d'activité. Ainsi, si le médecin ou l'infirmier venait à quitter le service, le professionnel paramédical perdrait l'autorisation d'exercer l'activité même s'il a acquis et maîtrisé ces nouvelles compétences. Il ne pourra plus faire valoir ses nouvelles acquisitions qui, dans ce contexte, seront annulées.

C'est ainsi que le rapport de l'IGAS 2021⁶⁷ propose dans le cadre de sa mission d'assouplir « le caractère *intuitu personae* des protocoles de coopération »⁶⁸ en permettant aux établissements sanitaires et médico-sociaux de solidariser le protocole à des postes plutôt qu'à des professionnels. Ces modifications permettraient de maintenir la validité des protocoles sous condition des qualifications attendues malgré le départ d'un délégant ou d'un délégué.

⁶⁶ Qualité, satisfaction, évènements indésirables (...)

⁶⁷ *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Tome 1*

⁶⁸ *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Tome 1, p. 9*

Nous pouvons ainsi constater que le sujet des protocoles de coopération reste au cœur des discussions tant ils sont un des leviers d'amélioration de notre système de santé. Il reste encore du chemin à parcourir pour étendre ces dispositifs sur les établissements de santé.

La question de recherche

L'ensemble des recherches effectuées à la rédaction de ce cadre conceptuel sont riches de connaissances et d'apprentissage. Il a pu être mis en évidence que la multiplicité des comportements des individus, la variabilité des conceptions du travail et degrés d'implication des professionnels peuvent complexifier le management des équipes.

L'aboutissement d'un projet ne pourra se faire sans l'implication de l'ensemble des acteurs au cours des étapes de conceptualisation jusqu'à la finalisation de celui-ci.

La poursuite de ce travail de recherche m'amène à me poser la question suivante :

Vers une volonté de développement et de mise en œuvre d'un protocole de coopération, comment le cadre de santé peut-il être porteur de ce projet auprès d'une équipe paramédicale d'un service de soins hospitalier ?

3 La méthodologie des démarches d'enquête et d'analyse

3.1 La démarche d'enquête

3.1.1 L'objectif de la démarche

La volonté de maintenir la performance de notre système de santé pour assurer la prise en charge des patients a nécessité de redéfinir et de modifier le rôle et la place de certains professionnels dans les organisations de soins.

Dans le cadre de ce travail, mon souhait est d'aborder le sujet du développement des protocoles de coopération au sein des établissements de santé. La réflexion que j'ai menée au cours des recherches effectuées m'a conduit à vous exposer dans le cadre conceptuel les thématiques importantes au développement de ces dispositifs.

Les différentes lectures d'ouvrages et d'articles m'ont fait prendre conscience de l'attention que j'accorde au management participatif et à l'implication des équipes dans les actions entreprises. J'apprécie pouvoir contribuer au développement des compétences des professionnels d'une part pour leur bien-être personnel et d'autre part, pour assurer aux patients une qualité des soins et des prestations optimales.

Je retrouve l'ensemble de ces dimensions dans les protocoles de coopération, dispositifs qui sont une plus-value pour l'ensemble des acteurs du système de soins (patients, médecins, soignants et directions).

La réalisation des entretiens me permettra de confronter les données du cadre conceptuel et de les mettre en regard de ma propre expérience relative à la mise en œuvre de ce projet de coopération en endoscopie digestive.

En effet, les protocoles de coopération n'étant pas développés au sein de l'établissement dans lequel j'exerce, j'en suis venue à me questionner sur la place et le rôle occupés par le CDS dans la mise en œuvre de ces projets. Je me demande si ma vision est identique à celle des autres CDS. De quelle manière sont-ils parvenus à la mise en place de ce type de protocoles et quelles en étaient les raisons et les motivations ?

Ces enquêtes me permettront de cibler les thématiques de mon cadre conceptuel :

- Le rôle et les missions du CDS dans la conduite de projet
- La place du médecin dans le développement de ces protocoles
- Les leviers de motivation de l'ensemble des acteurs au développement des protocoles de coopération
- La satisfaction des acteurs à la mise en place
- La vision du CDS sur ces protocoles de coopération

Pour ce faire, il a fallu que j'effectue un choix concernant l'outil d'enquête.

Avant de déterminer celui qui me permettra de réaliser les enquêtes de terrain, je me suis tout d'abord questionnée concernant la population que je souhaitais interroger.

3.1.2 Le choix de la population

Le sujet des protocoles de coopération implique l'intervention de différents acteurs exerçant au sein des structures hospitalières. Cependant, les objectifs à la réalisation de ces protocoles peuvent différer d'un acteur à l'autre.

➤ **Les responsables paramédicaux d'une unité de soins :**

Dans un premier temps, il m'a paru indispensable d'interroger des CDS ayant contribué au développement ou à la mise en place d'un protocole de coopération.

Cependant, j'ai rencontré des difficultés à trouver des CDS ayant participé à ce dispositif. J'ai tout d'abord sollicité mes camarades de promotion de l'école des cadres qui pour leur part, méconnaissaient les protocoles de coopération, ce qui ne m'a pas permis une mise en contact avec la population choisie.

Au cours de l'année de formation, j'ai profité de la présence de plusieurs intervenants ayant abordé la thématique des protocoles de coopération pour leur faire part de ma thématique de mémoire. C'est ainsi, que l'un d'entre eux a accepté que je l'interroge et que d'autres m'ont mise en contact avec des CDS ayant participé à leur mise en place.

Les réponses à mes sollicitations par mail ne s'étant pas toujours concrétisées par un succès, j'ai parallèlement contacté trois coordonnateurs de soins d'établissements de ma région ou de régions alentour. Deux d'entre eux n'avaient pas encore développé ce type de protocoles au sein de leur établissement de santé. Seul l'un des coordonnateurs contactés m'a orientée vers un confrère nommé référent dans ces projets.

Souhaitant initialement interroger des CDS avec une expérience en management, je m'orientais donc vers des cadres diplômés. Par ailleurs, les difficultés que j'ai pu rencontrer m'ont conduite à élargir mon choix de population au statut de faisant fonction cadre de santé. En effet, dans le cadre de leur fonction, ils sont amenés à conduire des missions identiques à celles du CDS et cela ne m'a pas semblé être un frein.

➤ **Le corps médical :**

Il m'a paru intéressant de pouvoir interroger des médecins impliqués dans le développement de ces dispositifs au regard du rôle occupé par les professionnels paramédicaux dans ces protocoles de coopération. En effet, les médecins peuvent être amenés à conduire ces projets en collaboration avec le CDS et être impliqués dans la formation des paramédicaux dans le cadre de cette délégation de tâches et d'actes.

Il m'a fallu pour cela, au moment de la prise de contact avec les CDS, leur demander s'il était possible d'interviewer un membre du corps médical ayant participé au développement du protocole de coopération. La majorité d'entre eux ont accepté de participer à l'enquête et les planifications de rendez-vous se sont faites au travers d'échanges avec les CDS sans avoir contact au préalable avec les médecins.

Ces mises en contact m'ont ainsi permis de constituer trois binômes de cadres de santé-médecins et un entretien avec un CDS après le refus du médecin de participer à l'interview par manque de disponibilité.

➤ **Une réflexion engagée sur la nécessité d'interroger d'autres professionnels :**

Mon souhait initial était de pouvoir rencontrer l'ensemble des acteurs intervenant dans ces dispositifs de coopération, à savoir les directions, les CDS, les médecins et les paramédicaux. Il m'a fallu pour autant faire un choix, un peu à contrecœur mais plus prudent, faute de temps à ma disposition.

C'est ainsi que j'ai souhaité écarter de mes recherches émanant du terrain la place des directions des établissements de santé, bien qu'elles occupent à mon sens un rôle important dans le déploiement de ces projets. Ne pouvant constituer une cible de cette population, j'ai cependant désiré inclure une question relative au management institutionnel dans mon outil d'enquête pensant que cela pourrait répondre à mes interrogations.

Ma volonté d'enquêter auprès des professionnels paramédicaux est restée pendant plusieurs mois l'un de mes objectifs. Cependant, souhaitant utiliser un outil différent de celui des CDS et médecins, il ne m'a pas semblé pertinent de questionner cette population sous la forme d'un questionnaire. En effet, j'aurais aimé pouvoir interroger une cohorte importante de professionnels paramédicaux sous la hiérarchie du cadre interviewé. Il s'avère que les quatre protocoles de coopération mis en place ne m'auraient pas permis, pour trois d'entre eux, d'interroger suffisamment d'infirmiers pour obtenir des réponses exploitables, raison pour laquelle j'ai abandonné l'idée d'interviewer les paramédicaux.

3.1.3 L'outil d'enquête et sa conception

Différentes méthodologies et outils d'enquête nous ont été présentés à l'institut de formation des cadres de santé. Les outils existants permettent de recueillir des informations sur des faits ou des représentations des personnes interrogées mais le choix de la méthode dépend des objectifs que l'on souhaite atteindre.

J'ai préféré, au regard de ma question de recherche et de l'intention que je désire porter à ce travail, m'orienter vers la **réalisation d'entretiens semi-directifs**. Ils sont définis comme « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives* » (Imbert, 2010).

Pour réaliser ces entretiens, j'ai au préalable construit mes **deux grilles d'entretien** ; l'une à destination des **cadres de santé**⁶⁹ et l'autre à destination des **médecins**⁷⁰ qui ont toutes deux été validées par ma directrice de mémoire. Mon intention était d'interroger des binômes cadres de santé-médecins. Bien que ces deux populations exercent des missions différentes mais œuvrent vers un même objectif, à savoir le développement du protocole de coopération, il m'a semblé préférable que certaines questions soient communes. L'analyse me permettra de confronter leurs idées et ressentis afin d'identifier des similitudes ou a contrario des divergences.

Ces grilles d'entretiens ont été construites en élaborant des questions par thématique, organisation plus pertinente et facilitante pour l'analyse. Elle permet par ailleurs de conserver une fluidité dans les échanges en modifiant l'ordre des questions soit à l'initiative de la personne interrogée dans le fil des réponses soit par moi-même pour réorienter la discussion.

J'ai recherché au travers de ce type d'entretiens une communication fluide et une liberté de parole pouvant conduire à la définition de nouveaux concepts. Pour ce faire, il est nécessaire d'établir une relation de confiance qui peut être difficile à instaurer du fait de la méconnaissance de l'interrogé et de celui qui mène l'entretien.

C'est un moment que je pourrais qualifier de privilégié où les concepts d'écoute et de partage prennent tout leur sens. Il est important que celui qui mène l'entretien soit dans une posture d'écoute. De plus, il doit être assez patient pour laisser la personne interrogée s'exprimer sans qu'elle ne soit coupée dans ses propos, ce qui pourrait interrompre le cours de sa pensée. En effet, l'expression doit être spontanée et riche pour obtenir de cette interaction suffisamment de matière collectée pour l'analyse.

J'ai conduit ces entretiens en me référant aux grilles de questions établies. Par ailleurs, il est nécessaire d'établir des points de repère et des questions de relance dans le guide d'entretien pour que l'information recueillie tende vers l'objectif recherché. J'ai dû, à plusieurs reprises, devoir soit reformuler mes questions pour être certaine d'en avoir correctement saisi le sens ou utiliser des techniques de clarification des propos pour appuyer et valider la pensée des personnes interrogées. Il faut cependant être conscient et ne pas omettre que les réponses recensées seront susceptibles de ne pas correspondre en intégralité à nos espérances ou attentes. C'est là que se situe toute la richesse des entretiens semi-directifs.

3.1.4 L'organisation de l'enquête et ses règles de fonctionnement

Concernant la planification de ces entretiens, l'ensemble des prises de contact avec les CDS se sont faites au travers de l'échange de mails tout comme la planification des rendez-vous. Je leur ai transmis un intervalle dans lequel je souhaitais réaliser les entretiens et leur ai laissé le choix quant à la date et l'horaire. Il a été plus compliqué de fixer des dates pour les entretiens à réaliser avec les médecins. Ayant constitué des binômes pour mes enquêtes, j'ai demandé aux CDS la possibilité de réaliser leurs entretiens en amont ou à la suite de celui des médecins pour limiter mes déplacements sur la structure hospitalière.

⁶⁹ Annexe 4 - Grille d'entretien à l'attention des cadres de santé

⁷⁰ Annexe 5 - Grille d'entretien à l'attention des médecins

Tout entretien doit débuter par une présentation de la personne menant la discussion et les raisons qui l'ont amenée à réaliser cette interview.

La présentation de la thématique doit se faire au travers de la transmission d'informations générales afin de ne pas orienter la pensée de l'interrogé durant l'entretien.

Une attitude neutre du chercheur ainsi qu'une distance doivent être préservées malgré l'instauration d'une relation de confiance.

Il me semble important qu'il n'y ait pas de relations personnelles ou professionnelles entre les deux acteurs qui seraient susceptibles d'orienter le cours de l'entretien pour faire plaisir au chercheur ou pour éviter la censure de certains propos qui pourraient entraîner des conséquences ultérieures.

Avant la réalisation de chaque entretien, la notion d'anonymat tant au niveau de l'identité de l'interrogé que de celle de l'établissement a été abordée pour favoriser la liberté d'expression et des ressentis. La notion de confidentialité des informations collectées a également été précisée.

De plus, j'ai au préalable demandé l'autorisation aux personnes interviewées d'enregistrer l'entretien. Toutes ont émis un avis favorable à cette demande. Cela m'a permis de ne prendre aucune note manuscrite, d'être pleinement attentive et concentrée sur les propos et ainsi ne pas interrompre la continuité de l'échange par des actions de retranscription.

3.1.5 La synthèse récapitulative de la démarche d'enquête

	CDS/FFCS d'une équipe paramédicale	Médecins
Objectif de l'enquête	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer le rôle et les missions des acteurs au développement et à la mise en place du protocole de coopération • Identifier les leviers de motivation et la satisfaction des acteurs • Évaluer la place des protocoles de coopération dans l'avenir du système de santé 	
Outil d'enquête	<ul style="list-style-type: none"> • Entretiens semi-directifs 	
Élaboration des questions	<ul style="list-style-type: none"> • Grille d'entretien 	<ul style="list-style-type: none"> • Grille d'entretien
Objectif initial du choix de la population	<ul style="list-style-type: none"> • 3 CDS diplômés 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 médecins
Population finalement interrogée	<ul style="list-style-type: none"> • 1 FFCS • 3 CDS diplômés dont un en tant que faisant fonction au moment du développement du protocole de coopération 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 médecins
Statut des établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> • 1 établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) • 3 établissements publics de santé (EPS) 	
Région	<ul style="list-style-type: none"> • 3 en région Ile-de-France (IDF) • 1 en région Grand-Est 	
Type de protocoles de coopération	<ul style="list-style-type: none"> • 1 protocole créé puis par la suite autorisé au niveau national • 2 protocoles nationaux autorisés • 1 protocole local 	
État d'avancement	<ul style="list-style-type: none"> • 3 déployés et mis en œuvre • 1 en cours : formation pratique des professionnels en cours 	
Réalisation des entretiens	<ul style="list-style-type: none"> • En présentiel • Enregistrés 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 en présentiel et un en visioconférence • Enregistrés

3.2 La méthodologie d'analyse

L'analyse se définit selon le dictionnaire Larousse par une « *étude minutieuse, précise faite pour dégager les éléments qui constituent un ensemble, pour l'expliquer, l'éclairer : faire l'analyse de la situation* ».

J'ai souhaité au travers de cette analyse exposer le rôle du CDS dans le développement des protocoles de coopération et ainsi identifier les éléments et actions indispensables à leur mise en œuvre. Les données recueillies par les entretiens réalisés auprès des médecins m'ont ainsi permis de compléter ou de valider les informations pour répondre à ma question de recherche.

3.2.1 Du recensement des informations à l'analyse

Chaque entretien a été retranscrit littéralement dans son intégralité afin de pouvoir recenser les propos des personnes interrogées. Le discours des professionnels découle des questions posées ainsi que de leur cheminement de pensée, raisons pour lesquelles certains points sont abordés en dehors des questions énoncées.

Vous trouverez en annexe la retranscription de l'entretien du CDS⁷¹ et du médecin⁷² composant le binôme n°2.

Par la suite, la création d'une grille de dépouillement⁷³ a été utile à l'étude des thèmes que je souhaitais aborder dans le cadre de l'analyse.

Les thématiques étant déjà définies dans les grilles d'entretien, c'est ainsi qu'un travail de recensement des données par question a été nécessaire pour les intégrer à la grille de dépouillement. L'intégralité des informations sont des citations des personnes interviewées. En effet, cela me semblait la meilleure solution pour permettre l'intégration de leurs propos dans l'analyse sans avoir à consulter de nouveau les retranscriptions des entretiens.

3.2.2 Une analyse réflexive des données recueillies

Ce n'est que par la suite que j'ai pu identifier les mots-clés de chacune des questions en y associant le nombre de professionnels ayant abordé ce sujet lors de l'enquête de terrain.

Certaines notions ont été identifiées dans plusieurs questions ce qui m'a conduit à devoir rassembler les idées et créer des parallèles entre elles. C'est ainsi que j'ai pu mettre en évidence les similitudes ou les points que je n'avais pas abordés dans mon cadre conceptuel.

Ne pouvant traiter l'intégralité des informations dans l'analyse, j'ai dû effectuer des choix et axer ma rédaction sur les éléments qui me semblaient importants. Au travers de cette méthode, j'ai construit une analyse qualitative en suivant un fil conducteur d'une démarche de développement d'un protocole de coopération. Pour ce faire, les thématiques exposées sont issues de données quantitatives et d'une confrontation des données recueillies au cadre conceptuel de ce travail de recherche.

Dans le cadre de cette analyse, j'ai fait le choix de vous faire part de mon avis concernant les points qui m'ont interrogée. Le développement de nouveaux concepts me semble pertinent pour entreprendre une réflexion supplémentaire et enrichir cette analyse. Pour autant, l'élaboration d'une synthèse de l'ensemble des informations évoquées me permettra d'apporter une réponse à ma question de recherche. L'évocation d'orientations possibles pourra conduire à de nouveaux questionnements aboutissant à l'émergence d'une ouverture traitée lors de l'oral de la soutenance de ce mémoire.

⁷¹ Annexe 6 - Retranscription de l'entretien du cadre de santé - Binôme 2

⁷² Annexe 7 - Retranscription de l'entretien du médecin - Binôme 2

⁷³ Annexe 8 - Grille de dépouillement

4 L'analyse des entretiens

4.1 Le déroulement des entretiens au regard des professionnels interrogés

4.1.1 La présentation des professionnels ayant participé au développement d'un protocole de coopération

Chaque entretien a débuté par une présentation de la personne interrogée afin d'établir une cartographie du parcours professionnel et du protocole de coopération auquel elle a participé. Ce temps, comme expliqué précédemment dans la partie « méthodologie de recherche », a agi pour la plupart d'entre eux comme un « brise-glace » et a ainsi permis de libérer la parole. Cette étape a été importante pour permettre une introduction des questions relatives à l'enquête de terrain.

Fonction	Binôme 1		Binôme 2		Binôme 3		N° 4
	CDS	Médecin	CDS	Médecin	FFCS	Médecin	CDS 4
Établissement / Région	EPS – CHU Région IDF		EPS – CHU Région IDF		EPS – CHU Région Grand- Est		ESPIC Région IDF
Année de diplôme	2014	2011	2007	2009	FFCS 2021	2012	FFCS 2015 CDS 2017
Ancienneté dans le service au moment du développement du protocole	5 ans	8 ans	5 ans	1 an	6 mois	10 ans	1 an FFCS 5 ans (IDE)
Nom du protocole de coopération	Évaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier(e) organisateur de l'accueil (IOA), en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un service d'urgences		Télésurveillance, consultation de titration et consultation non-programmée avec ou sans télé-médecine des patients traités pour insuffisance cardiaque par un(e) infirmier(e)		Utilisation d'un échographe par l'IDE et/ou le MERM pour le repérage par écho guidage des veines ou artères des membres supérieurs et inférieurs		Indication et réalisation d'une ponction de lymphocèle chez les patientes en post-opératoire d'une chirurgie mammaire curative et/ou reconstructrice
Année de développement du protocole	2019		2019		2022		2014
Délai avant mise en application	2 ans		2 ans		En cours À ce jour, 1 an et demi		2 ans

Nous pouvons constater que les CDS ayant participé au développement de protocoles de coopération avaient pour la moitié d'entre eux, une expérience de cinq ans en tant que responsable du service. Concernant les deux autres, leur ancienneté en tant que FFCS est évaluée entre six mois et un an. Cependant, il est à prendre en considération que la CDS 4, avant de devenir FFCS en 2015, avait une expérience d'infirmière depuis cinq ans dans ce même service. Quant aux médecins, deux d'entre eux ont toujours exercé dans la même unité depuis l'obtention de leur diplôme.

Les protocoles de coopération développés ont une **mise en application assez récente pour deux d'entre eux (2021) dont le plus ancien a été mis en œuvre en 2016**. L'échantillon limité de CDS interrogés ne permet pas d'être en mesure de généraliser ces données. Nous pouvons cependant confirmer que ces protocoles sont effectifs depuis une date bien postérieure à celle émise par la loi HPST de 2009 donnant la possibilité de développer des protocoles de coopération.

Dans le cadre des protocoles cités ci-dessus, **les actes ou activités sont exclusivement réalisés par des infirmiers**. Mes recherches m'ont permis de prendre contact avec un CDS ayant développé un protocole de coopération auprès des aides-soignants mais en raison d'un arrêt de travail longue durée, je n'ai pas pu réaliser l'enquête de terrain.

Cette enquête met en évidence que **la profession infirmière est majoritairement représentée dans le développement de ces dispositifs**. En effet, le bilan HAS de 2010-2018 mettait déjà en avant cette spécificité en précisant que ces protocoles, largement développés dans les secteurs hospitaliers, comptabilisaient 81% des infirmiers identifiés comme délégués.

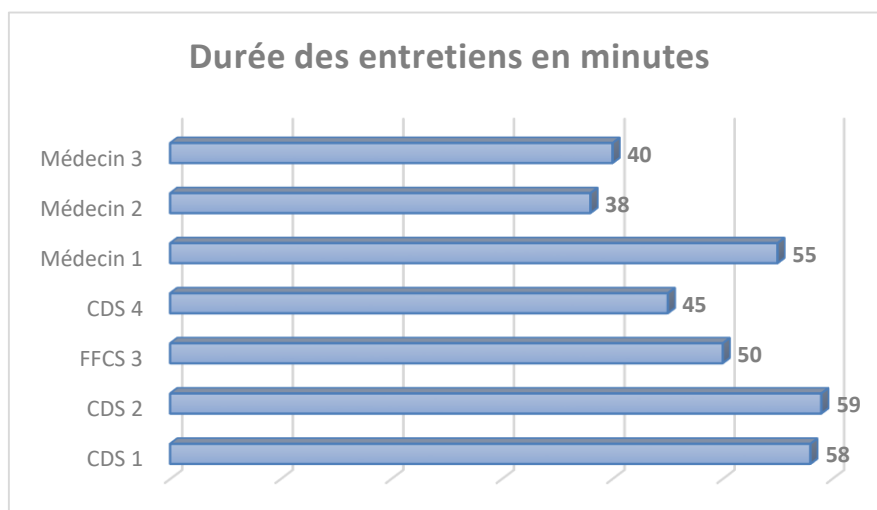
Les dernières données de la DGOS de 2022 énoncées dans un rapport de l'IGAS (IGAS, IGESR, 2022 Oct) confirmaient ces tendances en précisant que quarante-trois des protocoles autorisés sur cinquante-six concernaient cette profession.

À ce jour, cinquante-sept protocoles autorisés sont répertoriés sur le site du Ministère de la Santé et de la Prévention⁷⁴ dont un seul est à destination des aides-soignants depuis 2021.

Nous pouvons ainsi constater que cette catégorie professionnelle est sous représentée dans ces dispositifs de coopération mais elle pourrait se voir être davantage impliquée dans la mise en œuvre de protocoles locaux (pour exemple : « *Réalisation par l'aide-soignant(e), d'électrocardiogramme (ECG) pour des patients majeurs et conscients, pris en charge dans une structure d'urgence (SU)* »).

4.1.2 La durée des entretiens

La durée de l'entretien est plus élevée chez les CDS/FFCS avec en moyenne cinquante-trois minutes d'entretien contre quarante-quatre minutes pour les médecins.



⁷⁴<https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation>

J'ai ressenti davantage d'aisance des CDS/FFCS dans les échanges que nous avons pu avoir lors des entretiens. En effet, le débit de parole était plus fluide et moins hésitant. Pour la majorité d'entre eux, leurs réponses étaient suffisamment développées pour arriver à l'objectif attendu de la grille d'entretien sans avoir de recours importants à l'utilisation de questions de relance. Concernant le corps médical, j'ai été un peu déstabilisée par le déroulement des interviews. La concision de leurs réponses ne permettait pas l'ouverture à d'autres sujets. À l'issue de ces entretiens, je me suis demandé si les médecins avaient souvent été amenés à participer à des entretiens dans le cadre d'une démarche de recherche. Je pense que le parcours de formation en soins infirmiers et CDS nous a permis de développer une certaine aisance à l'oral par les enquêtes de terrain menées lors de nos études, notamment dans le cadre de la réalisation de mémoires ou de multiples travaux de groupe.

4.2 Les professionnels de santé : une place au cœur de l'institution

Avant d'aborder la thématique des protocoles de coopération, il m'a semblé intéressant d'identifier le positionnement des CDS/FFCS et des médecins interrogés au sein de l'institution hospitalière. Il s'agit de mesurer les possibilités qui leur sont offertes en termes d'engagement aux projets au regard de la politique institutionnelle.

4.2.1 Un fort engagement institutionnel du corps médical

Seuls deux des médecins interviewés sont **engagés au sein d'instances et de commissions de l'établissement** : « *Je participe aux instances locales comme tous les médecins au sein de l'établissement* » (Médecin 1), « *Je suis membre d'une CME* » (Médecin 3). C'est ainsi qu'ils peuvent être consultés et s'exprimer quant à la politique relative à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein de l'hôpital. Par ailleurs, ils peuvent être également sollicités sur le développement de projets d'établissement en vue d'améliorer l'accueil et la prise en soins des usagers comme par exemple concernant « *les situations sanitaires exceptionnelles, sur l'organisation du soin non-programmé* » (Médecin 1).

La possibilité qui est donnée au corps médical de s'investir au sein d'instances et groupes de travail est selon moi une plus-value puisqu'elle permet d'**impliquer ces acteurs de terrain proches du patient dans une réflexion sur la politique d'amélioration des prises en charge**. Cependant, l'implication institutionnelle des médecins pour répondre à de meilleurs fonctionnements et organisations des activités ne risque-t-elle pas d'éloigner certains d'entre eux de la clinique pour une orientation plus stratégique ? « *On va peut-être organiser notre temps de travail dans le service pour avoir moins de charge clinique et on va vite se retrouver à avoir des gens qui sont des spécialistes de réunions et qui n'ont plus les pieds sur terre* » (Médecin 3).

Ces implications au sein des instances et de la direction de l'établissement ne sont-elles pas un lieu où se mêlent des jeux de pouvoir ? **Le pouvoir est une vraie question dans nos organisations de santé**. En effet, le corps médical n'ayant pas de lien de subordination avec la direction de l'établissement agit et exerce un certain pouvoir au sein des organisations quant à leurs activités de soins. Pour exemple, l'un des médecins interrogés (Médecin 2) établit un lien entre l'acceptation des demandes et initiatives formulées par le service à la direction et le fait que son activité rapporte financièrement à l'établissement. Elle pense que l'écoute est ainsi majorée et qu'elle dispose davantage d'attention et de prise en considération des besoins relatifs à l'activité médicale. « *On est très écoutés, [c'est] une unité qui est très spéciale, qui rapporte beaucoup. On est assez gâtés, je trouve, sur le matériel et on est assez gâtés sur les conditions de travail. Nos demandes pour les initiatives, elles sont encouragées* » (Médecin 2). Il est vrai, la tarification à l'acte est activatrice d'une concurrence entre services et établissements du fait de leur positionnement par rapport aux autres (Batifoulier, Castiel, & Bréchat, 2017). Nous pourrions donc penser qu'un service avec une forte activité, qui contribuerait positivement au financement de l'institution, pourrait disposer de davantage d'autonomie et de moyens car « *on accède relativement assez facilement à nos demandes* » (Médecin 2) dans le développement de nouveaux projets.

Par ailleurs, concernant l'engagement des CDS/FFCS, mes échanges avec les pairs de mon établissement ou ceux de la formation cadre de santé m'ont permis de mesurer une forte implication dans les projets de service ou institutionnels. Mes constatations ont également été confirmées par les entretiens menés lors de l'enquête de terrain qui m'ont fait prendre conscience de l'autonomie qui peut être laissée par les directions d'établissements. Je n'ai abordé dans le cadre conceptuel que les missions du CDS à la conduite de projet. Cependant, je ne me suis pas questionnée sur la place laissée par la direction pour favoriser l'implication des CDS afin qu'ils puissent participer au développement de nouveaux projets ou activités. Il me semble pertinent de s'y intéresser.

4.2.2 Autonomie des cadres de santé et place légitimée au sein de l'institution hospitalière

Le contexte évolutif qui a placé les hôpitaux dans une logique gestionnaire dans le cadre du new public management a fait évoluer la place et les missions des cadres au sein des organisations de santé.

La place occupée au cœur du « *trinôme entre l'administratif, le médecin et le paraméd* » (CDS1) les positionnent en tant qu'**acteurs stratégiques dans une logique d'actions**. « *Il est au centre de tout, véritable centre nerveux de l'organisation* » (Motta, 2003).

Les missions du CDS ont été abordées par seulement deux des cadres interrogés. L'un d'eux explique que « *les enjeux sont différents* » (CDS 4). Ils doivent désormais adapter les organisations de travail au regard des difficultés d'effectifs pour pouvoir assurer les prises en charge auprès des patients. Ils ont la responsabilité de faire appliquer les procédures, mobiliser, fédérer les professionnels aux projets et conduire vers de nouveaux comportements et une nouvelle vision de la rationalisation des soins. Les images du « *couteau-suisse* » et de « *l'extincteur* » sont utilisées par le FFCS 3 pour décrire ses rôles et missions.

Cette place les inscrit dans une position d'autorité, au milieu d'un jeu de pouvoir et d'alliances car « *le pouvoir à l'hôpital c'est une vérité* » (CDS 1). En effet, « *la diversité des personnes et des situations qu'il peut croiser le met en permanence en situation de choix pour son engagement* » (Bourret, Juin 2014). Chacun doit créer et prendre sa place au travers de sources multiples de pouvoir, « *si tu te positionnes jamais en disant je veux faire ça, il n'arrivera jamais rien. Ça doit venir de toi* » (CDS 1). C'est le principe d'autorité morale défini par Philippe Foray⁷⁵ qui conduit les personnes à faire des choix qui leur semblent bons ou souhaitables.

Les CDS sont des acteurs à part entière des organisations sanitaires et leur visibilité auprès des directions s'est développée au cours de ces dernières décennies. Ils sont **invités et même incités à participer aux instances et aux groupes de travail au sein de l'établissement**, ce que confirme les cadres interrogés lors de l'enquête. « *J'ai été amené à travailler sur des primes d'engagement, des groupes de travail* » (FFCS 3), « *Chaque cadre est intégré spécifiquement en fonction des projets* » (CDS 4).

C'est ainsi que l'**autonomie** et les **responsabilités** qui leur incombent se sont elles aussi accrues. Le concept d'autonomie se définit selon le dictionnaire Larousse comme la « *capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui* » et « *comme la capacité d'agir avec réflexion, en toute liberté de choix* » (Warchol, 2012).

Ils ont la possibilité de participer au déploiement de nouveaux projets de leur propre initiative ou à la demande de la direction et de leur supérieur hiérarchique en lien avec des projets plus globaux. « *Je bénéficie d'une grande autonomie* » (FFCS 3), « *On fait ce qu'on veut, on a toutes les billes pour faire des projets* » (CDS 2).

⁷⁵ Docteur en philosophie

Au travers d'un lien de subordination et de directives institutionnelles, ils doivent accompagner les évolutions auprès des équipes en tant que « *marginal sécant* » (Motta, 2003) pour tendre vers de nouvelles organisations ou de nouvelles pratiques professionnelles. Ils sont responsables de la mise en œuvre ainsi que du respect de ces applications dans le cadre de leurs missions.

Cependant, cette autonomie peut parfois être dépendante de la hiérarchie et contraindre ou rompre l'autonomie du CDS.

Il est important de communiquer par des « *reporting informels, un peu en continu* » (FFCS 3) ou lors de réunions de pôle pour exposer les objectifs d'un projet afin de ne pas essuyer de refus au moment de passer à l'action : « *Ah bah non, je ne ferais pas comme ça* » (CDS 4).

Nous pouvons affirmer que **les CDS sont des acteurs impliqués** au sein d'enjeux managériaux des institutions sanitaires. Les réunions régulières avec les directions (entre un et quatre mois pour trois des cadres interrogés) permettent la transmission d'informations, la clarification des objectifs et de les intégrer pleinement au management global de l'institution. « *Ces réunions contribuent à la reconnaissance de la fonction et du collectif cadre* » (FFCS 3).

En effet, il est important que les équipes de direction transmettent des directives claires et qu'elles puissent faire confiance aux CDS afin qu'ils puissent bénéficier d'une autonomie et exprimer leur potentiel (Boussemaere, 2014). C'est également au travers de ces réunions qu'ils peuvent véhiculer leur volonté de développer certains projets au sein de l'établissement notamment les protocoles de coopération, encore inconnus pour certains CDS.

4.3 Le développement des protocoles de coopération

Pour commencer, il me semble important de préciser que l'existence des protocoles de coopération, avant qu'il soit décidé d'en développer un dans leur service, était méconnue par les professionnels interrogés. En effet, **trois CDS et deux médecins sur les sept interviewés n'avaient pas connaissance de cette possibilité de coopération entre professionnels de santé.**

4.3.1 Une expression de la motivation sous diverses formes

4.3.1.1 La motivation porteuse de l'engagement du cadre de santé

J'ai abordé dans le cadre conceptuel la motivation des équipes sans aborder celle des CDS. Cependant, il m'a semblé intéressant de me questionner quant aux motivations personnelles des cadres à développer un protocole de coopération dans une unité de soins.

En position d'accompagnement des équipes, les CDS interrogés étaient-ils tous motivés à développer ce type de projet ? En effet, comme énoncé dans le cadre conceptuel, « *la motivation des personnes constituant l'équipe est un des moteurs de réalisation du travail* » (Desserprit, 2021).

L'ensemble des CDS a énoncé des faits positifs quant aux motivations qui les ont incités à développer ces dispositifs. Les éléments recueillis lors des entretiens m'ont permis d'identifier que **tous étaient motivés et donc volontaires pour s'engager dans ces projets.** Comme expliqué dans le cadre conceptuel, la motivation intrinsèque correspond à la réalisation d'une tâche ou d'une activité sans que l'on y ait été contraint. C'est ainsi qu'elle conduit à la création d'un sentiment de satisfaction.

➤ Une motivation personnelle :

Deux d'entre eux ont exprimé un **intérêt personnel de type intellectuel.** L'une d'elles a qualifié cela comme une manière de développer ses propres connaissances sur un sujet car « *c'était quelque chose [qu'elle] ne connaissait pas* » (CDS 2). Pour la seconde, les compétences acquises lui ont permis d'être recrutée en tant que CDS dans un service qui souhaitait développer un protocole de coopération.

➤ Une motivation managériale tournée vers plusieurs acteurs :

Pour trois des quatre cadres interviewés, la **conduite de projet** a été évoquée comme étant une mission importante du CDS. L'un d'eux exprime que cette mission, inhérente à leur fonction, a été l'un des éléments de motivation à exercer ce métier : « *c'est pour ça que j'ai voulu faire cadre, c'est-à-dire : diagnostic, élaboration d'une stratégie, négociation avec l'équipe* » (FFCS 3).

En effet, la conduite de projet permet d'apporter une réponse à un besoin identifié, « *il faut que ça serve à quelque chose* » (CDS 1) pour « *le service rendu aux patients* » (FFCS 3).

L'amélioration de la qualité des prises en charge et la facilitation de l'accès aux soins de ces patients sont des objectifs du développement de ces protocoles énoncés dans le cadre conceptuel de cet écrit. C'est ainsi que le souhait de fluidifier, d'optimiser le parcours de soins du patient en vue d'améliorer la qualité des prises en charge a été abordé par deux d'entre eux concernant la question de la motivation. Cependant, tous l'ont exprimé en termes de plus-value au développement de ces protocoles. Nous pouvons constater de fait, que **le patient placé au cœur du dispositif reste l'une des préoccupations** majeures des professionnels de santé.

La motivation des CDS est également **tournée vers les professionnels paramédicaux**.

Le **développement des compétences** a également été évoqué à deux reprises par les CDS interrogés comme motivation au déploiement de ces projets. Les actes inhérents aux protocoles de coopération sont tous différents les uns des autres et nécessitent une formation appropriée pour leur réalisation. La notion de développement professionnel continu développé dans le cadre conceptuel explique que « *la formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins* ». Elle vise également à améliorer les aptitudes des professionnels au regard d'une pratique.

Je me suis rendu compte au travers de ces entretiens que les attentes en termes de formation pouvaient différer en fonction des protocoles. En effet, pour pouvoir être identifié comme équipe déléguée à la réalisation d'actes ou d'activités médicales, le protocole relatif à la prise en charge des patients insuffisants cardiaques nécessitait l'obtention d'un Diplôme Universitaire alors que d'autres devaient bénéficier d'une formation dans un centre agréé. La CDS 4 exprime même une disparité quant à « *la qualité de la formation [qui peut être] dépendante des centres* » de formation.

En termes de motivation, nous pouvons confronter ces résultats à la théorie de Victor Vroom relatée dans le cadre conceptuel.

- Le facteur de la valence a été traduit par la verbalisation des intérêts portés par les CDS qu'ils soient personnels ou tournés vers l'autre.
- La croyance qu'ils ont développée à la réussite du projet et en l'atteinte des résultats permet de valider le facteur d'expectation de cette théorie.
- L'instrumentalité est relative quant à elle aux bénéfices attendus au développement de ces protocoles. L'identification de ces plus-values méritera que l'on s'y intéresse dans un des chapitres de cette analyse.

4.3.1.2 Une motivation des paramédicaux en demi-teinte

L'ensemble des cadres interrogés ont exprimé une motivation des professionnels à intégrer en tant qu'acteurs le protocole de coopération. Il s'avère qu'au cours des entretiens, j'ai pu repérer des contradictions dans le discours des CDS 1-2 et 3.

Je ne pourrais affirmer qu'il s'agit dans ces cas d'une résistance au changement car les cadres interviewés ont réfuté cette possibilité.

Selon les recherches effectuées dans le cadre conceptuel, cela pourrait s'y apparenter, notamment pour certains professionnels managés par le FFCS 3. En effet, il a été confronté à des **rélicences des professionnels** qui ne percevaient pas l'intérêt d'intégrer et de développer ce protocole de coopération. Concernant ces agents exerçant depuis de nombreuses années dans le service, nous pourrions établir un parallèle avec le **facteur lié à l'anxiété repéré dans les phénomènes de résistance**. Comme développé dans le cadre conceptuel, celui-ci est activé par un stress causé par un changement qui bouleverse les repères qu'ils avaient connus jusqu'ici.

Pour les convaincre, il a occupé le rôle « *de négociateur en mettant en évidence les avantages que le changement procure aux individus tout en atténuant les inconvénients* » (Soparnot, 2013). C'est au travers de la communication qu'il a pu mettre en exergue les difficultés auxquelles ces professionnels étaient confrontés en faveur des « *bénéfices que ça allait engranger* » (FFCS 3) par le temps gagné à la réalisation de l'acte.

D'autre part, certains agents sous la responsabilité du CDS 1 ne percevaient également **pas l'intérêt d'adhérer à ce protocole** puisque qu'ils réalisaient déjà ces actes bien que non-inscrits dans leur décret de compétences. L'incitation financière par **le versement de la prime de coopération les a motivés** à accepter de suivre la formation nécessaire pour être identifiés comme délégués. Cela fait référence au modèle de Frederic W. Taylor développé dans le cadre conceptuel. En effet, il considère que le gain est un facteur de motivation à l'engagement.

Par ailleurs, le cas relaté par la CDS 2 m'amène à réfléchir à **la notion de volontariat**. Pour rappel, la loi HPST du 21 juillet 2009 décrite dans le cadre conceptuel en son Art. L.4011-1 spécifie que les professionnels sont volontaires pour s'engager dans ces dispositifs de coopération. Selon le CDS 2, un des agents était « *beaucoup plus intéressé par l'éducation thérapeutique* ». Il lui a été annoncé « *du jour au lendemain, maintenant, il va falloir que tu fasses un DU parce qu'on va faire de la coopération* ». Cet agent a initialement accepté mais a, peu de temps après, quitté le service ayant pris conscience des responsabilités que cela impliquait. L'engagement doit être pris en pleine conscience des tenants et des aboutissants, raison pour laquelle le professionnel doit effectuer lui-même ses choix.

C'est par le vecteur de la **communication** que le CDS sera en mesure d'expliquer les intérêts à développer un protocole de coopération. En effet, les échanges individuels et collectifs ont permis au FFCS 3 d'être à l'écoute des professionnels et de prendre en considération leurs craintes : « *Elles disaient que ça allait prendre du temps et qu'elles n'en avaient pas* ». Ces actions réalisées sont en lien avec la théorie d'E. Mayo énoncée dans le cadre conceptuel. Il est démontré qu'une communication efficiente basée sur l'écoute et la **prise en considération des besoins et des appréhensions** permet d'agir sur les facteurs de motivation identifiés comme leviers d'adhésion des professionnels. En effet, c'est « *en les motivant, qu'ils se mobiliseront pour le changement* » (Soparnot, 2013), conscients des bénéfices pour l'ensemble des personnes impliquées.

4.3.2 Des plus-values incontestables

Les plus-values multiples aux protocoles de coopération interviennent dans différents domaines au regard des acteurs concernés.

➤ **Avantage pour l'établissement, une plus-value peu abordée :**

Seul un médecin a fait part de la position de la direction dans le développement de ces projets en abordant les notions de **rentabilité et d'attractivité**. L'un de mes questionnements quant à la plus-value financière pour l'établissement, sur laquelle je n'avais pu obtenir de données chiffrées, semble aller dans le sens des propos du médecin.

Elle estime que les protocoles de coopération constituent « *un investissement pour l'avenir* » (Médecin 3) par la rentabilité qui découle de leur mise en place malgré les frais initiaux engagés (matériel, formation).

Cet engagement dans l'avenir se traduirait, selon ce même médecin, comme favorisant l'attractivité « *pour le recrutement des personnels, je pense que c'est aussi extrêmement motivant d'être dans ce genre de protocoles* ». Comme énoncé dans le cadre conceptuel, c'est en communiquant sur ces projets offrant de nouvelles possibilités aux soignants, en se questionnant sur les parcours patients pouvant conduire à la création de nouvelles activités de soins que les hôpitaux espèrent devenir plus attractifs et ainsi fidéliser les professionnels déjà en poste.

➤ **Le patient reste au cœur des débats :**

Dans le cadre du parcours du patient, tous les professionnels interrogés qu'ils soient CDS ou médecins ont abordé la qualité des prises en charge ainsi que l'optimisation du parcours de soins des usagers.

La qualité des prises en charge a par ailleurs été plus largement explicitée :

- **Une « expérience patient » (CDS 4) améliorée par le temps qui lui est consacré** qui s'avère être plus important que si l'acte avait été réalisé par un médecin. Le lien qui se crée ne semble pas être le même et s'en trouve ainsi amélioré. Ce point fut largement abordé par le binôme 2 qui n'a d'ailleurs axé la qualité de prise en charge que sur le **lien relationnel**. Je pense que la typologie de patients pris en charge a induit ces réponses.

En effet, la prise en charge de patients chroniques et notamment dans le cadre de ce protocole de traitement et de suivi d'insuffisance cardiaque implique l'instauration d'un lien de confiance. C'est ainsi que « *le patient se sent en sécurité [et est] rassuré* » (CDS 2) par la disponibilité des infirmiers qui ont la possibilité d'accorder davantage de temps aux malades que ne pourrait accorder le médecin (Médecin 2).

Par ailleurs, la **satisfaction des patients inclus dans les quatre protocoles de coopération est totale**. Bien qu'elle ne soit pas évaluée avec des données chiffrées, très peu de patients pour ne pas dire aucun n'a refusé que l'acte soit réalisé par un professionnel paramédical au lieu d'un médecin.

Cependant, le rapport de la HAS de juin 2008⁷⁶ énoncé dans le cadre conceptuel précisait d'évaluer la satisfaction des patients via un questionnaire à l'issue de la prise en charge. Cette évaluation n'a pas été réalisée pour l'ensemble des protocoles de coopération (seulement pour deux protocoles) et fut abandonnée par l'un d'entre eux faute de pertinence. « *Au début, on avait fait des questionnaires de satisfaction qui disaient que les patients étaient satisfaits mais c'était difficile de dire qu'on est satisfait quand il n'y a pas de comparateur. Ils nous disaient que c'était super ce qu'on faisait mais on aurait pu leur demander sans avoir mis en place le protocole, ils auraient dit la même chose* » (Médecin 1).

- **Une pertinence et un soin de qualité :** les binômes 2 et 3 ainsi que la CDS 4 s'accordent à dire qu'**un acte effectué par un infirmier est mieux réalisé ou plus pertinent que si celui-ci avait été effectué par un médecin** : « *Elle le fait mieux que le médecin* » (CDS 4).

Seul le binôme 3 a abordé la notion d'expérience dans l'acte réalisé en précisant que « *celui qui sait piquer, ce n'est pas le médecin* » mais plutôt l'infirmier (FFCS 3). En effet, dans le cadre de ce protocole, l'infirmier a la possibilité de poser une voie veineuse sous échographie ; la compétence à développer concerne l'utilisation de l'outil et non la réalisation de l'acte en lui-même.

D'un point de vue technique, deux des professionnels interrogés (CDS 4 et Médecin 3) ont abordé des **compétences en termes d'asepsie** dans le cadre de la réalisation d'actes invasifs (protocoles de pose de voies veineuses et de ponctions) : « *C'est mieux. Que ça soit sur la rigueur ou sur l'asepsie* » (Médecin 3). Cela pourrait s'expliquer par le fait que le cursus des professionnels en institut de formation en soins infirmiers et l'expérience acquise sur le terrain leur ont permis d'acquérir des connaissances en hygiène et une rigueur dans les soins réalisés. En effet le respect des règles d'hygiène et d'asepsie est évalué par les professionnels sur les terrains de stage au travers de la compétence 2⁷⁷ « concevoir et conduire un projet de soins infirmier »⁷⁸.

Concernant le binôme 1 interrogé dans le cadre du protocole de prescription anticipée de radios par les infirmiers, **la pertinence des prescriptions est plus adaptée**. Des critères ayant été définis pour ces prescriptions, « *les paramédicaux vont examiner les patients contrairement aux médecins* » (CDS 1). Cela a même diminué le nombre d'examen radiologiques effectués et expliqués par le fait que « *le médecin a tendance à prescrire des radios un peu à tout le monde sans forcément se fier aux recommandations des sociétés savantes* » (Médecin 1). Il précise également ne jamais prescrire une radio si l'infirmier a estimé que cela n'était pas nécessaire. C'est une relation de confiance qui s'est créée entre ces professionnels par la prise en considération des compétences que les paramédicaux ont développées.

⁷⁶ Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé- Rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade

⁷⁷ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier - référentiel de compétences

⁷⁸ Critère 3 de la compétence 2 : « Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin »

C'est également ce qu'a exprimé le médecin 3 en précisant « *Quand elles ne viennent pas me demander, je sais que c'est parce qu'elles n'avaient pas de doutes* ».

Par ailleurs, la qualité de la prise en charge s'en est également ressentie sur **l'optimisation du parcours de soins**. En effet, deux cadres (1 et 4) ont évoqué une **accélération de la prise en soins** et un intérêt de l'impact de ces protocoles dans les thérapeutiques. Les prises en charge s'en voient améliorées : « *Ça permet un temps d'intuition de la thérapeutique définitive qui est plus court* » (Médecin 1) ainsi qu'une « *diminution des hospitalisations et des consultations [médicales]* » (Médecin 3).

Au regard de ces constatations et des objectifs du développement des protocoles de coopération énoncés dans le cadre conceptuel et confirmés dans les rapports du professeur Y. Berland, j'aurais pensé que la libération du temps médical serait davantage abordée par l'ensemble des professionnels interrogés.

Seuls deux médecins et deux CDS sur les sept professionnels interviewés ont évoqué ce temps médical libéré. En effet, deux protocoles sur quatre ont été développés en dehors de tout contexte de déficit d'effectif médical, raison probable pour laquelle ce point n'a pas été cité par tous.

Pour clore cette partie relative à la plus-value en termes de **qualité**, nous pouvons dire que celle-ci est **optimale et améliorée**. Cependant, selon le rapport de l'IGAS de 2021⁷⁹ évoqué dans le cadre conceptuel au sujet de l'évaluation des objectifs des protocoles de coopération, sur soixante-treize protocoles de coopération développés dans neuf régions, seules quatre ARS disposant de données ont pu évaluer une amélioration de la qualité des soins. Nous pouvons ainsi conclure que les informations recensées sur le territoire national sont encore insuffisantes, ce qui complique l'évaluation de la qualité de ces dispositifs même si celle-ci semble positive lorsqu'elle est questionnée en local au sein des services enquêtés.

- **Un développement des compétences des équipes déléguées** qui sera abordé ultérieurement dans cet écrit (4.4.1)

4.3.3 Une intervention solitaire ou accompagnée du cadre de santé ?

- **Les directions des soins comme personnes ressources :**

Les directions ont un rôle à jouer en tant qu'**acteurs de l'engagement et de l'accompagnement de ces protocoles de coopération** dans les établissements sanitaires.

En effet, comme le relate un article dans le cadre conceptuel de ce mémoire, il peut être « *difficile [pour les] professionnels de coopérer si l'organisation dans laquelle ils travaillent ne s'implique pas dans cette coopération* » (Dollet, 2014). Il en est de la mission des directions de communiquer sur les possibilités de déployer ces dispositifs « *en faisant connaître le concept et probablement en le facilitant et en rendant plus fluide la mise en place* » (Médecin 3).

Le CDS 1 a pu bénéficier « *d'un accord avec l'hôpital pour envoyer les gens en formation* ». Par un soutien financier en moyens de remplacement, quarante professionnels ont pu être formés à l'acte en trois mois. Sans ce soutien et cette participation de la direction, ce protocole n'aurait pu être mis en œuvre aussi rapidement.

Par ailleurs, trois des binômes ont pu bénéficier de l'expertise et de **l'accompagnement d'une personne ressource** qui leur a été conseillée par la direction de l'hôpital.

Cet interlocuteur a accompagné le binôme 1 dans l'écriture du protocole ainsi que dans « *la mise en forme des documents dans le format attendu* » (Médecin 1). Ce référent peut également guider et accompagner à l'analyse des besoins d'une activité pour évaluer, conjointement avec les responsables des équipes médicales et paramédicales, la nécessité à développer un protocole de coopération.

⁷⁹ Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, Tome 2 – Annexes et pièces jointes, p. 28

En effet, trois binômes ont abordé la notion de besoin nécessaire au développement d'un protocole de coopération. Sans ce besoin, le protocole n'aurait aucun intérêt à être mis en œuvre.

Il est évident pour deux CDS interrogés sur les trois ayant pu faire appel à une personne ressource que celle-ci est un soutien technique indispensable. **Son intervention dans la gestion administrative permet d'alléger la charge de travail des CDS** qui doivent, pour leur part, participer au recensement des diplômés des équipes délégantes et déléguées.

L'un des CDS n'ayant pas souhaité bénéficier de l'aide de la personne ressource avec qui il avait été mis en contact décrit une lourdeur administrative. Cependant, l'ensemble des CDS s'accorde à dire que **le développement de ces projets demande du temps** et que « *si vous êtes seul et que vous n'avez pas d'aidant, au niveau de la direction des soins par exemple, il faut être solide* » (CDS 2).

Ces réponses font écho à celles que j'avais reçues des CDS de mon établissement lors de la présentation du protocole de coopération développé en endoscopie digestive. La majorité d'entre eux m'ont expliqué ne pas bénéficier de temps suffisant pour se lancer dans ce type de projet même si celui-ci ne se mène pas seul mais en collaboration avec le médecin du service.

➤ **L'intervention du médecin et du cadre de santé :**

Ces protocoles de coopération impliquant la réalisation d'actes ou d'activités médicales par des professions paramédicales ne peuvent se faire sans la participation d'au moins un médecin au développement du dispositif. Il a été mis en évidence dans le cadre conceptuel les bénéfices de cette collaboration en termes de management et notamment dans la mise en œuvre de projets.

Les entretiens réalisés auprès des CDS mettent en avant pour trois d'entre eux que **le binôme avec le médecin est important voire même « indispensable »** (CDS 2) pour un « *travail de collaboration* » (CDS 1).

Tout comme l'article « *La convergence médico- soignante, atout majeur du directeur des soins* » (Rufat, 2021) cité dans le cadre conceptuel, le CDS 4 exprime qu'il faut « *avoir une confiance* », relation qui doit être instaurée pour une coopération efficace. En effet, ce « *partenariat* » (FFCS 3) impliquant deux acteurs de catégories professionnelles différentes, avec leur propre savoir-faire et leurs compétences, a la possibilité d'**agir en complémentarité à la conduite d'un projet commun**. C'est grâce à une « *communication fluide, respectueuse [et] authentique* » (FFCS 3) qu'ils pourront travailler de pair, sans lien hiérarchique, pour améliorer les organisations de travail et les pratiques professionnelles nécessaires à une qualité et une sécurité des prises en charge pour le patient.

Cependant, deux des médecins interrogés (Médecins 1 et 2) se sont exprimés sur le rôle du CDS notamment dans le cadre de ses missions de gestion des ressources humaines et de gestion des imprévus. Selon eux, sa charge de travail quotidienne l'écarte de sa mission première de management d'équipe. Ils aimeraient retrouver un positionnement du CDS en proximité des équipes, investissant sa fonction pure de manager. N'ayant pas réorienté la question pour connaître le point de vue du corps médical sur la collaboration du binôme CDS-médecin dans la mise en œuvre des protocoles de coopération, je ne pourrai pas établir de tendances au regard des informations recueillies par le médecin 3. Dans ce cadre, ce médecin évoque « **un travail complémentaire** » dans les objectifs à atteindre.

En effet, je pense que le CDS et le médecin doivent exercer dans leur fonction un binôme managérial, comme relaté dans le rapport Claris⁸⁰ énoncé dans le cadre conceptuel. Tous deux doivent être investis d'une mission de management, celle d'impliquer et de convaincre les professionnels de santé pour adhérer au protocole souhaité.

⁸⁰ Extrait dans : Lagadec, A.-M. (2021, Mai). Les binômes à l'hôpital - Une forme de coopération à privilégier. *Soins Cadres*, n°127

Cependant, **cette mission de leader n'a été investie que par un seul des trois médecins**. Ainsi, nous pourrions établir un lien avec un article⁸¹ du cadre conceptuel qui relate une **action différente du médecin et du CDS dans la mise en œuvre d'un projet**. La vision du médecin qui est davantage stratégique contraste avec celle du CDS qui est plus opérationnelle.

Ce point de vue est similaire avec celui du CDS 4 qui pour sa part, est la seule qui n'a pas exprimé en tant que tel l'importance de ce binôme. Selon elle, « *c'est le cadre qui est porteur, le médecin suit* ». Cette information peut également être confirmée par les propos du médecin 2 lorsqu'il explique ne pas avoir « *communiqué sur le sujet [en expliquant que] c'est vraiment le cadre qui l'a fait* ». Elle aborde également cette vision opérationnelle et stratégique : « *Les médecins sont là pour organiser les cours, et les papiers, c'est le cadre qui organise. S'il était tenu au médecin d'organiser ce protocole et de faire toutes les démarches, je pense qu'on ne l'aurait pas fait* » (CDS 4).

La réponse de cette CDS m'a permis de percevoir les choses différemment et d'analyser mon propre vécu dans le cadre de la mise en place du protocole de coopération « mesure de l'élastométrie du foie » en service d'endoscopie digestive.

Avant de réaliser ces entretiens, je parlais de l'hypothèse que le CDS exerçait en collaboration avec le médecin dans le cadre du développement de ces protocoles de coopération. En effet, je voyais cette collaboration comme une véritable complémentarité dans les actions à entreprendre au fur et à mesure des étapes, où chacun intervenait pour accompagner les équipes, pour impulser une dynamique et faire aboutir ce projet. J'ai cependant vécu une situation identique à celle du CDS 4 où j'ai rédigé le dossier, présenté le projet à la direction, réalisé les réunions d'équipe, organisé les formations pratiques des agents. Le chef de service était quant à lui un soutien dans les actions menées et n'est réellement intervenu en tant qu'acteur à part entière que pour la réalisation de la formation pratique des agents.

En s'appuyant sur ces dernières informations, ne serait-il pas plus pertinent de parler d'une coopération médecin-CDS plutôt que d'une collaboration ?

Il n'existe à l'heure actuelle que peu de recherches sur la différenciation entre la collaboration et la coopération. Ces zones obscures peuvent expliquer la confusion existante entre ces deux concepts, amalgame que j'ai moi-même fait lors de la rédaction du cadre conceptuel.

Ces deux termes ont été employés par les professionnels interrogés. En effet, le binôme 3 a parlé d'une « coopération » tandis que le CDS 1 et le médecin 2 ont utilisé la dénomination de « collaboration ».

Bien que ces termes impliquent pour chacun d'entre eux la participation de plusieurs professionnels à un objectif commun, leur différenciation s'explique selon le comportement des acteurs et les modalités utilisées pour y parvenir.

Si l'on s'appuie sur le fait que le travail coopératif implique une division et un partage des tâches à accomplir dont l'acteur est le seul responsable, le tandem CDS et médecin peut être davantage considéré comme une coopération plutôt qu'une collaboration. En effet, comme précisé dans le cadre conceptuel et confirmé lors de l'enquête de terrain, ce binôme a des missions et responsabilités différentes pour tendre vers un même but, qui est celui du développement d'un protocole de coopération.

Par ailleurs, la présence du médecin au sein de ce binôme qu'il forme avec le CDS est à mon sens essentielle. Les médecins, membres d'une communauté médicale où règne une forte solidarité emprunte au corporatisme, ils bénéficient de ce fait d'un pouvoir au sein de l'organisation. Cette légitimité, par la place qu'ils occupent, peut être un puissant levier en faveur de la communication auprès des directions et de leurs pairs. C'est ainsi qu'ils pourront faire connaître ces projets développés au sein de leurs services et se révéler être un réel soutien pour le CDS dans sa mission de management.

⁸¹ Rufat, O. (2021, Mai). La convergence médico-soignante, un atout majeur du directeur des soins. Dossier : Les binômes à l'hôpital. *Soins Cadres*, n°127

4.3.4 Un management de projet au travers de quelques difficultés

Pour commencer, le binôme 1 étant à l'initiative de la création d'un protocole de coopération⁸² a dû subir une pause qui a duré 2 ans avant de pouvoir débiter la conduite de ce projet auprès des équipes du service des urgences. « Il y a eu une énorme phase de pause qui était assez pénible et que je ne m'explique pas, qui n'était pas de notre fait » (Médecin 1).

Bien que les démarches d'adhésion se soient simplifiées comme il l'a été énoncé dans le cadre conceptuel, nous pouvons constater que **pour chacun de ces protocoles de coopération, deux années se sont écoulées entre le développement et la mise en application** de celui-ci au sein de l'unité de soins. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'une conduite de projet implique une chronologie d'étapes en termes d'organisation, de suivi des process et tâches à effectuer afin de parvenir à l'objectif défini.

Il ne s'agit pas dans cette analyse de citer de nouveau ces étapes qui dans la majorité ont été respectées. Dans ce chapitre, je souhaite évoquer les éléments qui m'ont interrogée dans le déploiement de ces protocoles de coopération.

➤ **À chacun sa stratégie d'information au projet :**

- **Une information interne en individuel ou en collectif :**

Comme évoqué dans le cadre conceptuel, avant de débiter une conduite de projet, le CDS doit passer par une étape de clarification des faits et des enjeux relatifs à sa mise en œuvre. Une démarche de sensibilisation des acteurs à l'intérêt du projet permettra d'évaluer leur volonté de s'impliquer dans le processus (Plougonven & Descatha, 2019).

Le projet doit être formalisé, structuré en précisant les objectifs de sa finalité. Sa validation par les supérieurs hiérarchiques (cadre de pôle et direction des soins) fera valoir l'autorisation au démarrage de celui-ci.

Comme exprimé précédemment dans le chapitre concernant le tandem médecin-CDS, les CDS ont été majoritairement pilotes dans le développement et l'aboutissement de ces dispositifs. Pour chacun des protocoles de coopération, le besoin avait été identifié soit par l'un de ces deux acteurs ou par les deux : « Je me suis dit que c'était intéressant de le développer » (FFCS3). Une **réunion** a été réalisée par trois des quatre CDS afin d'assurer une transmission d'informations relatives à ce protocole. Il s'agissait d'en expliquer les intentions et le déroulement du processus de son développement tant dans les dimensions organisationnelles du travail que dans les aspects techniques (Hauch, 1998).

Le CDS 1 a indiqué avoir davantage **communiqué en dehors des réunions sous forme de discussion** pour « préparer les gens à la grosse réunion, des personnes clés en disant qu'on est en train de bosser là-dessus. Pour que les gens soient informés au fur et à mesure du temps ».

Lorsque ce cadre évoque une communication avec « les personnes clés », cela peut nous amener à penser qu'il s'appuie sur des leaders positifs « reconnus [sur] l'ensemble du groupe et [qui] exercent un pouvoir [dans] les rapports humains » (Foucan, 2015).

Son expérience en termes de management l'a amené à adopter une technique de communication s'appuyant sur la transmission d'une même information pendant cinq à dix minutes chaque jour de la semaine, ce qui lui a permis « au fur et à mesure du temps [de toucher] 80% de l'équipe » (CDS 1).

Une stratégie différente a été utilisée par le FFCS 3. En effet, il a tout d'abord choisi d'« aller voir les infirmiers [qu'il] voulait former. Aller leur parler de personne à personne, pour savoir s'ils étaient d'accord ». Une réunion avec l'ensemble de l'équipe paramédicale a été programmée dans un second temps après celle réalisée avec les professionnels identifiés comme délégués.

Si j'en avais eu la possibilité, j'aurais souhaité questionner le ressenti des professionnels de l'équipe. Cela m'aurait permis d'identifier leur réaction quant à l'annonce du développement de ce projet ainsi que de l'identification comme délégués de certains de leurs pairs.

⁸² Annexe 10 – Démarche à la création d'un protocole de coopération

Je me demande si le choix fait par le FFCS 3 de ne pas convier l'ensemble de l'équipe soignante avant l'identification des délégués n'est pas générateur de conflits ou de défaut de reconnaissance des pairs une fois le protocole mis en place ?

En effet, une réunion d'équipe permet de « *chercher les soutiens, tester les engagements, repérer les arguments porteurs pour intéresser leurs interlocuteurs* » (Dujardin, Reverdy, Valette, & François, 2017). C'est ce qui, selon moi, est favorable à la compréhension par l'ensemble des professionnels des éléments qui sous-tendent les décisions pour ne pas risquer un bouleversement d'une dynamique d'équipe.

- **Une communication externe** qui amène à faire connaître les protocoles de coopération et leur déploiement dans les services de soins.

Deux des CDS interrogés (2 et 4) ont expliqué avoir communiqué aux services de l'établissement ou au sein des hôpitaux du groupement sur l'existence et la mise en œuvre d'un protocole de coopération dans l'unité : « *On a communiqué en externe puisque j'ai pu intervenir sur les DU de coordination* » (CDS 4).

Les médecins délégués du protocole n° 2 ont également fortement communiqué auprès de leurs confrères pour faire découvrir ce dispositif de coopération : « *L'équipe médicale a aussi elle-même présenté à ses pairs [...] dans des réunions médicales* » (CDS 2).

➤ **D'un management à l'autre pour un projet de coopération :**

Comme l'ont précisé Paul Hersey et Ken Blanchard dans les années 80, il n'existe pas de type de management idéal. Les CDS interrogés ayant développé des protocoles différents les uns des autres ont utilisé deux types de management dans le cadre de la mise en œuvre de leur projet.

Je me suis présentée à ces entretiens avec l'idée que le management participatif était celui qui, de toute évidence, devait être utilisé auprès des équipes, d'autant plus que comme son nom l'indique, il s'agit de développer un protocole de coopération basé sur la coopération de plusieurs acteurs. Quels ont été les styles de management adoptés par les CDS interrogés ?

- **Un management persuasif :**

Ces protocoles de coopération nécessitent que le pilote du projet ait la connaissance et la maîtrise des étapes nécessaires à sa concrétisation. Tous les CDS ont utilisé un management persuasif qui consiste selon Paul Hersey et Ken Blanchard à **se positionner comme pilote et leader du projet pour accompagner l'organisation de son déploiement**. En effet, c'est par la position que le CDS occupe qu'il est à même d'encourager et de motiver les équipes.

Ce type de management est idéal pour **susciter l'intérêt** chez l'autre et **féderer** des personnes autour d'un projet : « *Eux ne partageaient pas mon enthousiasme et n'en voyaient pas l'intérêt ; j'ai communiqué [...] sur les bénéfices que ça allait engranger* » (FFCS 3).

De ce fait, aucun des CDS n'a ressenti de résistance au changement de la part des professionnels qui aurait pu se traduire par une opposition à ces nouvelles organisations. « *Il n'y a pas eu tellement de résistance, car c'était tellement logique, on l'a tellement bien expliqué que les gens ont compris l'intérêt* » (CDS 1). Seuls deux médecins du service des urgences ont émis quelques réticences davantage engendrées par un sentiment de crainte plutôt que d'opposition. Craintes qui se sont rapidement levées ayant constaté « *assez rapidement de la justesse de la prescription des infirmiers* » (Médecin 1).

- **Un management participatif :**

Seuls trois CDS sur les quatre ont utilisé le management participatif pour impliquer les professionnels paramédicaux à la concrétisation de ce projet. Ce type de management, comme relaté dans le cadre conceptuel permet l'**implication** et la **valorisation** de ces professionnels (R. Likert).

La **création d'outils de communication** par l'intermédiaire d'un flyer a été utilisée par les CDS 2 et 4. Cette dernière a également engagé une réflexion avec l'équipe déléguée sur la **constitution d'un kit de prélèvements et d'un tableau d'indicateurs** qui lui ont permis d'inclure les professionnels au développement de ce projet : « *On a construit les outils d'information et de traçabilité parce qu'il fallait informer le patient, on a construit un petit flyer* ».

Par ailleurs, le binôme 1 a souhaité faire participer les agents à la prise de décisions (P. Hersey et K. Blanchard) au travers de la création d'un **groupe de travail composé d'infirmiers des urgences dans le cadre de la rédaction du protocole de coopération**.

En effet, il a été présenté à ce groupe les « *arbres décisionnels [qui ont] permis d'aider à avoir un process et un protocole plus précis* » (Médecin 1). Cette volonté d'impliquer ces professionnels confirme les propos exprimés dans le cadre conceptuel au travers du « *vouloir-coopérer* » (Le Boterf, Construire les compétences collectives, 2018). Il s'agit dans le cas de la création de ce groupe de travail d'une coopération dite transversale par l'implication et la participation de professionnels qui ne sont pas issus de la même profession : médecins, cadre de santé et infirmiers. Il a été ainsi pris en compte la compétence des professionnels paramédicaux et la prise en considération de leurs interrogations et difficultés du terrain pour parvenir à un ajustement du protocole avant la finalisation de son écriture.

Cette reconnaissance participe à la valorisation de ces professionnels ainsi que de la place et du rôle qu'ils occupent dans le service. Cela a favorisé leur implication au sein du groupe.

C'est ainsi qu'ils y ont trouvé **du sens à leur pratique professionnelle** et ont pu au travers du critère de « *sentiment de contrôle* » se positionner en tant qu'acteur avec une capacité d'agir (Mias, 2010).

- **Une posture de manager facilitateur** décrite dans le cadre conceptuel et adoptée par seulement deux CDS (1 et 4) de la façon suivante :

- Le cadrage par une présentation et clarification du projet et de ses objectifs.
- Rassembler en fédérant les professionnels à un projet de collaboration.
- Animer au travers du développement de l'intelligence collective par les groupes de travail créés pour favoriser l'implication des agents.
- Le soutien apporté par tous les CDS. Ils ont accompagné les professionnels paramédicaux dans les différentes étapes du projet en veillant à rester disponibles et à l'écoute des craintes ou difficultés rencontrées dans le cadre, par exemple, de la formation : « *Il y a ceux qui se sont challengés tout seuls [...] et ceux pour qui c'était un peu plus compliqué, j'allais les chercher pour qu'ils en fassent une ou deux [prescriptions de radios]* » (CDS 1).

C'est à travers ce rôle où le cadre est moteur que les CDS 1 et 3 ont incité et accompagné certains professionnels à finaliser la formation pratique.

Pour parvenir à la concrétisation de ces projets, l'ensemble des CDS interrogés ont dû assurer des missions de coordination et d'organisation :

- Seul l'un d'entre eux a souhaité s'appuyer sur un outil informatique du type « tableau à doubles entrées ». Comme précisé dans le cadre conceptuel, cet outil est utilisé pour faire figurer les tâches inhérentes au projet et procéder à leur validation une fois celles-ci réalisées (Néré, 2015). C'est ainsi qu'il a pu **assurer le suivi des formations, du livret d'acquisition et du recueil des pièces administratives** des soixante-trois agents identifiés comme délégués. Il s'agit d'ailleurs du seul protocole où les professionnels sont aussi nombreux, le nombre s'élevant au maximum à six professionnels pour les trois autres protocoles de coopération.

Les autres CDS, bien qu'ils n'aient pas ressenti la nécessité d'utiliser ce type d'outil ont malgré tout assuré les mêmes missions que le CDS 1.

- Tous ont également **évalué les ressources matérielles** nécessaires à cette nouvelle activité : « *Il a fallu qu'on trouve un partenaire, des balances connectées* » (CDS 2), « *On a mis au plan d'équipement un échographe sur roulettes* » (FFCS 3).

- Deux des CDS pour lesquels le protocole de coopération impliquait des actes de prescriptions par les infirmiers ont dû réaliser un travail en **collaboration avec le service informatique** pour que les professionnels puissent bénéficier d'autorisations d'accès aux outils de prescription.

- **Le recueil des documents administratifs** des professionnels délégués et délégants est une étape importante et indispensable pour que l'application de ce protocole soit autorisée. Cette phase de recensement peut prendre du temps et a été exprimée ainsi par deux des CDS : « *Récupérer les diplômes des médecins, c'est un peu plus long. On a dû passer six mois là-dessus* » (CDS 4), « *Pour moi, il y a eu un passage administratif qui est très très lourd. Ça, ça a été plus compliqué car il y a tellement de monde* » (CDS 1).

- **L'inscription et la planification des formations** des agents ont été les étapes qui leur ont donné le plus de difficultés en termes d'organisation et de temps généré :
« Il a fallu organiser le temps. Il y a eu un travail de six mois là-dessus pour tout organiser, tout planifier » (CDS 1).
« La longueur de la formation pour valider, [un an de diplôme universitaire et] cent consultations de compagnonnage en même temps » (CDS 2).
« La grande difficulté, c'est que nos infirmières puissent s'exercer ou commencer leurs actes dans un contexte serein alors qu'elles ont douze patients à prendre en charge qui sont tous d'une lourdeur extrême » (FFCS 3).
« Les cours théoriques et les observations : entre les vacances, les congés mater, et cetera, ça prend neuf mois » (CDS 4)

Concernant ces professionnels, quels ont été les critères de détermination choisis pour qu'ils soient identifiés comme délégués dans ces protocoles ?

4.4 Une équipe identifiée vers le développement de nouvelles compétences

4.4.1 Des critères hétérogènes à la composition des équipes délégantes et déléguées

Les médecins 2 et 3 précisent que seule une partie du corps médical est identifiée comme médecins délégants. Le médecin 2 relate l'identification exclusive des médecins formés au traitement de l'insuffisance cardiaque puisqu'il s'agit du protocole prenant en charge les patients souffrant de cette pathologie.

Par ailleurs, seuls les médecins nommés praticiens hospitaliers (dont le médecin 3) sont identifiés comme délégants dans le cadre de ce protocole. Ils ont bénéficié il y a plusieurs années d'une formation à la pose de voies veineuses sous échographie dans le cadre du développement professionnel continu expliqué dans le cadre conceptuel. En effet, le DPC concerne également la profession médicale.

En revanche, le médecin 1 a précisé l'importance de former l'intégralité de l'équipe médicale sans distinction afin que le protocole de coopération puisse être effectif peu importe le médecin présent. Les motivations de ce choix sont identiques à celles du CDS 1 concernant la composition de l'équipe paramédicale qui est elle aussi formée en intégralité. Il n'était pas concevable pour eux « qu'il y ait une variabilité majeure entre les jours de la semaine » en fonction du professionnel présent, ce qui aurait provoqué « une rupture d'égalité pour [les] patients » (Médecin 1). Le choix effectué par ce binôme de former l'intégralité des professionnels du service me conduit à aborder la notion de la compétence.

➤ Une compétence à différents niveaux pour les professionnels paramédicaux :

Comme spécifiée dans le cadre conceptuel, la notion de compétence se décompose en un savoir, un savoir-faire et un savoir être.

Les trois types de savoir ont été abordés par l'ensemble des CDS interrogés bien qu'ils ne soient pas nommés comme tels lors des entretiens. Cependant, aucun des quatre cadres interviewés n'a cité l'ensemble des savoirs qui composent la compétence.

Le savoir s'acquiert par les connaissances acquises dans un parcours de formation professionnalisant. Dans le cadre de ces protocoles, les professionnels délégués sont des infirmiers ayant suivi un parcours d'études en institut de formation et ayant acquis des savoirs qu'ils soient tant théoriques que techniques. Certains infirmiers des urgences ont dû suivre une formation pour leur permettre d'occuper le poste d'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) avant de pouvoir suivre celle nécessaire aux délégués. Ce sont « ces compétences techniques » (CDS 4) et ces savoirs qui seront amenés à être mobilisés par les professionnels dans le cadre des actes inhérents aux protocoles de coopération.

Quant à lui, **le savoir-être** est défini par le Professeur Boudreault comme des comportements et des qualités relationnelles qui se doivent d'être manifestés dans le cadre de l'activité professionnelle (Boudreault, 2017). Cette dimension a été la seule à être décrite en tant que telle par trois CDS (1-2-4). Elle reste cependant prédominante dans la qualification des compétences énoncées par le CDS 2.

Il est évident au regard des réponses obtenues, que le CDS 2 accorde une réelle importance aux **qualités relationnelles** des professionnels. En effet, les agents sont en contact constant avec les patients pris en charge, patients qui peuvent être fortement demandeurs compte tenu du caractère anxiogène de leur pathologie. Cela semble être la raison pour laquelle cette qualité est aussi importante pour elle. C'est ainsi qu'elle s'est vue refuser la candidature d'un agent pour « *incompatibilité de caractère* » basé sur son propre ressenti.

Le CDS 1 et le FFCS 3 ont exprimé **ne pas avoir considéré la notion de compétence des professionnels paramédicaux** pour la détermination de l'équipe déléguée. Cependant, en considérant le triptyque des trois savoirs cités dans le cadre conceptuel, les réponses recueillies lors des entretiens me laissent supposer le contraire.

En effet, le FFCS 3 a effectué « *un choix logique, non discutable [et] totalement arbitraire* » de ne former au protocole de coopération que les infirmiers les plus anciens du service. Il précise que ce sont des agents sur qui il peut compter et qu'il n'aurait pas choisi des professionnels qui ne sont pas « *encore tout à fait à l'aise avec [leur] pratique* ». Cela révèle qu'il attache un intérêt aux compétences relatives au **savoir-faire**.

Par ailleurs, cette décision a été remise en cause lors de l'entretien avec le médecin 3 : « *De former des infirmières qui sont déjà bien postées et déjà assez anciennes, à mon avis c'était pas forcément la meilleure des stratégies. [...] Changer vos pratiques quand ça fait vingt ans que vous travaillez d'une certaine façon, c'est plus compliqué que quand vous commencez* ». Il aurait pour sa part, proposé l'adhésion à ce protocole à des professionnels plus jeunes et ainsi moins résistants au changement afin de ne pas bouleverser leurs habitudes de travail.

Le CDS 1 a, quant à lui, évalué les façons de communiquer des professionnels dans le cadre des prises en soins, révélateur d'un intérêt porté aux qualités comportementales et relationnelles. Il a par ailleurs abordé la notion de savoir-faire au travers d'une question posée lors de l'enquête de terrain.

Il a ainsi expliqué que les professionnels exerçaient, bien avant la mise en œuvre du protocole de coopération, la formalisation de prescription anticipée de radios **sans que cet acte soit inscrit dans leur décret de compétences** ; propos confirmés par le médecin : « *Tu le fais en dehors de tout cadre et tu le fais très bien* » (Médecin 1).

Ces actes illégaux ne semblent pas être des cas isolés dans les pratiques de certains professionnels paramédicaux, le FFCS 3 ayant lui-même affirmé qu'il « *piquait déjà sous écho aux urgences* » sans y avoir été formé.

Au regard de ces constatations, je m'interroge sur le développement de compétences au regard de l'expérience professionnelle.

➤ Une expérience qui rime avec compétence ?

Au travers de ce questionnement, je cherche à déterminer si l'exécution de ces actes, en dehors du décret de compétences, permet pour autant de qualifier les professionnels paramédicaux qui les réalisent comme compétents.

Avant toute chose, l'expérience est définie selon le dictionnaire Larousse comme la « *pratique de quelque chose [...] dont découlent un savoir, une connaissance, une habitude ; connaissance tirée de cette pratique* ». Elle pourrait donc se traduire par le fait que la réalisation d'une action peut conduire à la construction de la compétence.

Cependant, en référence au cadre conceptuel de cet écrit, Guy Le Boterf dans son article intitulé « *De quel concept de compétences avons-nous besoin ?* » a développé la notion du savoir agir. Il décrit ce modèle comme une acquisition de ressources permettant le développement de la pratique professionnelle au regard d'une situation donnée.

En revanche, indissociable du savoir-faire, **le savoir agir nécessite l'acquisition de connaissances par des actions de formation.**

Nous pourrions tout d'abord confronter ces propos à ceux du médecin 2 qui explique qu'une « *compétence ça s'apprend. Il n'y a pas que du talent dans ce qu'on fait* ». Cela est également confirmé par le CDS 1 qui relate qu'au regard de pratiques professionnelles déviantes, il s'est aperçu « *que les gens pensent savoir-faire une pratique mais comme ils ne sont pas formés, ils font des choses mauvaises* ».

Ces actes, réalisés hors décret, confirment les propos du Professeur Berland énoncé dans le cadre conceptuel. Bien avant que soient légiférés les protocoles de coopération, le rapport rédigé en octobre 2003⁸³ décrivait déjà des **pratiques illégales inscrites dans le quotidien au travail des professionnels de santé**. Ces actes sont par ailleurs **bien connus des CDS et validés par les médecins** bien qu'ils ne répondent pas au décret de compétences de ces professionnels.

« *Du point de vue médical, nous ça ne nous aurait absolument pas choqué de faire ça en dehors d'un protocole de coopération* » (Médecin 3). Selon lui, à partir du moment où un travail en collaboration infirmiers-médecins conduit à une relation de confiance, il n'est pas « *persuadé qu'il faille toujours [tout] protocoliser* ».

Au regard de ces pratiques non autorisées, il doit être rappelé aux agents que les CDS sont responsables de la qualité et de la sécurité des soins. Il est nécessaire de procéder à un rappel des risques encourus pour les patients ainsi que pour les professionnels eux-mêmes à la réalisation de ces actes.

C'est dans le cadre de ces dispositifs que ces pratiques déviantes peuvent être légalisées, car ils nécessitent une formation de l'équipe identifiée au regard de la fiche projet du protocole en question. C'est ainsi que les CDS seront en mesure d'activer le processus de reconnaissance des compétences acquises par ces professionnels.

4.4.2 La reconnaissance des nouvelles missions des professionnels paramédicaux par la valorisation

Le terme de « reconnaissance » fut énoncé en tant que tel à deux reprises par les CDS lors des entretiens réalisés. Il fut également évoqué différemment par les autres personnes interrogées : « *Valorisons ce qu'ils sont capables de faire* » (Médecin 1).

Mes recherches dans la première partie de mémoire m'ont conduite à me centrer exclusivement sur les moyens et conditions pour développer un protocole de coopération dans un service de soins. Je n'ai pas pris en compte la considération des acteurs et l'impact que ces protocoles pouvaient avoir sur les professionnels paramédicaux.

N'ayant pas réalisé d'entretiens auprès de professionnels de la filière paramédicale, il me semble cependant important d'étudier le concept de reconnaissance pouvant conduire à des conséquences aussi bien positives que négatives sur ces agents.

En effet, la reconnaissance concerne tous les individus peu importe la place occupée au sein d'une organisation. Dans le cadre professionnel, elle consiste à **mettre en exergue la contribution et l'implication d'un individu à une tâche qui lui a été confiée par l'évaluation de l'atteinte des résultats**. Chaque professionnel de santé est en attente d'une reconnaissance conduisant à l'accomplissement de soi, au sentiment d'utilité et à la quête de sens au travail.

La légalisation des protocoles de coopération a engendré une modification des missions par le développement en compétences des professionnels au travers de formations. Les missions de ces professionnels ont évolué et de ce fait, se sont vues se modifier dans le cadre de l'exercice de leur fonction. « *Elles ont un rôle majeur de première ligne, pour être en contact avec les patients, pour gérer d'un point de vue des symptômes et d'un point de vue médical* » (Médecin 3).

⁸³ Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »

De plus, **la prime de coopération** de cent euros brut autorisée par l'arrêté du 06 septembre 2019 a également contribué au sentiment de reconnaissance de ces professionnels dans ces nouvelles missions qui leurs sont confiées : « *Reconnaitre cet acte financièrement* », « *Parce qu'on est en train de demander quelque chose de plus à quelqu'un et donc il est attendu que ça vienne avec un financement* » (Médecin 1).

Pendant, de quelle manière sont perçues ces modifications d'exercice et de frontières de la fonction ? Comment sont-elles reconnues ?

La reconnaissance au travail s'appuie sur deux principes (Gernet & Dejourn, 2009) :

- Le jugement d'utilité qu'il soit technique, social ou à visée économique peut provenir dans les organisations de soins : de la direction, de l'encadrement, des médecins ou des pairs. « *Les médecins sont très fiers [...] Ils parlent de leurs équipes* » (CDS 2), « *Le retour des patients est toujours très bon* » (FFCS 3).

- Le jugement de beauté quant à lui porte sur la qualité de la tâche accomplie. Il est révélateur d'une concordance dans le respect des règles de la procédure ou des techniques. « *L'infirmière d'abord, elle va voir plusieurs fois le patient. Elle a une écoute bienveillante, elle travaille en termes d'hygiène et d'asepsie* » (CDS 4), « *L'infirmier est plus exigeant sur le fait qu'on lui ait dit qu'il fallait examiner le patient comme ça, donc il va faire de cette manière, [...] les prescriptions sont plus justes par les infirmiers* » (CDS 1).

Ce nouveau rôle, impliquant une nouvelle identité, n'est pas définitivement acquis et peut être parfois déstabilisé au regard de la survenue de certains jugements. **L'absence de reconnaissance des valeurs par autrui peut parfois remettre en cause l'identité professionnelle.** En effet, certains ne pouvant maintenir cette identité exclusivement par eux-mêmes, ont besoin du retour et de la confrontation d'autrui ou de leurs pairs pour se sentir valorisés et reconnus en tant que tels. C'est ce qui est arrivé à l'une des infirmières formées au protocole de coopération concernant la prise en charge de patients insuffisants cardiaques.

Estimée compétente par la hiérarchie et attestant d'une formation universitaire diplômante, « *elle ne supportait pas, elle n'aimait pas le regard de ses collègues [face à] une grande reconnaissance de l'équipe médicale* » (CDS 2).

Ces nouvelles missions lui ont donné accès à un nouveau poste pour lequel elle n'était plus au chevet du malade en service d'hospitalisation continue. Cela a contribué aux jugements et regards négatifs de ses collègues qui elles, exerçaient dans cette unité. Se sentant fragilisée, « *elle disait qu'elle n'était pas faite pour faire ça* » (CDS 2) et a demandé un changement de service.

Je m'interroge sur la manière dont nous pouvons participer au sentiment de reconnaissance de ces agents ?

Les actions de communication entreprises par le CDS peuvent conduire à la reconnaissance des professionnels (Lépine, 2009). Ces actes de communication pouvant prendre ou non une forme langagière sont importants pour les professionnels de santé. La reconnaissance peut se manifester « *de façon formelle ou informelle, ponctuelle ou régulière, individuelle ou collective* » (Muller & Wisniewski, 2017). C'est ainsi qu'ils permettent la **transmission régulière de toutes sortes de compliments ou de manifestations de reconnaissance** au travers de paroles, de gestes et de prise en considération des difficultés ou de l'activité de chacun.

Donner la possibilité aux professionnels paramédicaux d'exercer des actes dans le cadre d'un protocole de coopération est une réelle **valorisation intellectuelle**. C'est ainsi permettre la reconnaissance « *de cet acte qui est un acte intellectuel, c'est quelque chose de valorisé* » (Médecin 1).

Les sept professionnels interrogés ont tous, dans leur discours, abordé que ces actes de coopération étaient valorisants pour les équipes déléguées. Ceci est révélateur **d'une reconnaissance des compétences et de leur fonction**. « *C'est le moyen de valoriser concrètement dans les actes le travail de l'infirmier pour la reconnaissance du métier* » (FFCS3).

Comme expliqué dans le cadre conceptuel, **il est important que le CDS communique autour du projet** auprès des professionnels médicaux, non médicaux et administratifs de l'établissement. L'information pourra se faire sous la forme de réunions ou de communication institutionnelle : « *Un petit film a été fait par l'établissement de deux-trois minutes sur le travail d'une infirmière de télésurveillance* » (Médecin 3).

Les professionnels seront ainsi reconnus dans l'exercice de ces nouvelles missions qui leur sont attribuées : « *On a informé les services de chirurgie d'hospitalisation conventionnelle puisque c'était important qu'ils sachent que le suivi des patients allait se faire par une infirmière et non plus par les médecins* » (CDS 4).

En effet, la reconnaissance repose sur les principes de reconnaissance existentielle dans le cadre de la pratique professionnelle, de l'investissement et de l'implication dans les activités qui seront par ailleurs évaluées au regard des résultats obtenus (Brun, 2002).



Ces protocoles de coopération ont pour vocation d'améliorer la prise en charge des patients. Ce sont également eux qui participent au sentiment de reconnaissance des professionnels de santé au travers de leur satisfaction : « *les patients sont tous extrêmement satisfaits* » (CDS 2).

4.5 Une satisfaction générale

En termes de satisfaction, celle-ci est **globalement très positive ou en voie de le devenir**.

La satisfaction des professionnels médicaux et paramédicaux impliqués dans le protocole de pose de voies veineuses sous échographie en cours de développement est encore relative et difficilement évaluable. En effet, la formation pratique des infirmiers peine à s'initier en raison de la charge de travail de ces agents : « *Comme on est encore dans la phase de mise en place, j'aimerais bien pouvoir dire que tout le monde est ravi, que ça marche du feu de dieu et que c'est rentré dans les pratiques coutumières. Ça va l'être, ça va prendre des mois encore* » (FFCS 3). Dans cette étape du projet, les médecins sont sollicités pour le compagnonnage des professionnels et ne ressentent, pour le moment, pas encore les bénéfices en termes de temps médical dégagé.

Concernant les trois autres protocoles de coopération, cette satisfaction est partagée par l'ensemble des acteurs : « *Ça se passe très bien, les médecins sont très fiers* », les patients « *adorent ! Ils sont hyper satisfaits* » (CDS 2), « *Ils nous disent que c'est super ce qu'on fait* » (Médecin 1), « *Les infirmières étaient très satisfaites et cinq ans après, on me le redit encore* » (CDS 4).

Nous pouvons ainsi en conclure que les objectifs de ces protocoles sont atteints du fait de la satisfaction de l'ensemble des acteurs aux projets.

5 La synthèse de ce travail de recherche

5.1 Une réponse à la problématique au travers d'une discussion

La réflexion que je souhaitais engager au travers de ce mémoire était de définir le rôle du CDS dans le développement des protocoles de coopération dans un service de soins hospitalier. Au regard des éléments bibliographiques, peu récents et peu nombreux, j'espérais au travers des entretiens réalisés obtenir une vision plus globale que celle issue de ma propre expérience sur le développement de ces protocoles de coopération.

J'aurais souhaité mener une enquête de plus grande envergure afin que les résultats obtenus soient plus généraux et représentatifs de la réalité du terrain.

La réalisation de ce mémoire m'a permis d'identifier une volonté de plusieurs directions d'établissement à développer ces dispositifs de partage de compétences notamment au sein de la région Île-de-France. Certains établissements contactés dans les régions Hauts-de-France n'en avaient pas encore développé au sein de leur structure. Il aurait été intéressant de pouvoir comprendre les raisons inhérentes à l'absence de ces déploiements et identifier si les directions souhaitent porter leur développement au sein de leur établissement de santé.

Par ailleurs, l'enquête de terrain réalisée dans le cadre de ce mémoire m'a permis d'éclaircir quelques points et de modifier certaines de mes représentations :

➤ **Les protocoles de coopération ne sont pas tous mis en place pour répondre à un déficit de l'offre médicale.**

Ce n'était pas de toute évidence, le cas de ceux qui ont été développés dans les unités de soins où je me suis rendue. Les objectifs principaux étaient en faveur du parcours et de la qualité des soins du patient ainsi que du développement des compétences des professionnels paramédicaux.

L'autorisation de ces protocoles a également permis la légalisation de certaines pratiques de soins exercées en dehors du décret de compétences des infirmiers en pleine conscience du CDS et du médecin. Bien qu'il serait intéressant de questionner le positionnement du cadre concernant la réalisation d'actes non autorisés, j'ai pris conscience que la question du pouvoir médical n'était pas un sujet dans les dispositifs déployés.

L'ensemble des médecins sont favorables au déploiement de ces protocoles de coopération au regard des multiples bénéfices qui en découlent. L'accroissement d'activité et des besoins des patients ne permettent plus aux médecins de pouvoir exercer certains actes comme ils le faisaient encore il y a plusieurs années. Cette délégation aux professionnels paramédicaux ne leur retire pas pour autant leur expertise, leur rôle et la place qu'ils occupent auprès du patient.

➤ **La motivation des CDS interrogés à développer ces projets n'est plus à prouver.**

Cependant, la multiplicité des missions du cadre, l'importance du temps consacré à la recherche de personnels dans certains établissements de santé tendent à réduire considérablement la possibilité des cadres à s'engager dans des projets par manque de temps.

S'impliquer dans le développement d'un protocole de coopération nécessite avant toute chose de prendre conscience de certains facteurs :

- **Les démarches à la déclaration des équipes déléguées et délégantes** sont faites sur la plateforme de « démarches simplifiées »⁸⁴. Celle-ci semble bien porter son nom puisque le partage des données sur le site est facilité. Il s'avère que les CDS accompagnés par un référent des protocoles de coopération n'ont pour leur part, pas souffert de cette lourdeur administrative. Cette aide s'est révélée être un réel atout dans la réalisation de ces étapes. Cependant, le recensement des documents administratifs des médecins et des professionnels paramédicaux reste chronophage et représente une charge de travail importante pour les CDS.

⁸⁴ www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps

- **L'organisation et le suivi des formations** par les professionnels restent l'une des difficultés majeures énoncée par les cadres pour plusieurs raisons.

La durée des formations théoriques, à condition qu'elles ne nécessitent pas l'obtention d'un diplôme universitaire, n'excède pas quelques jours. Cependant, le manque actuel d'effectifs infirmiers dans de nombreux services de soins peut complexifier et compromettre les possibilités pour les CDS de détacher ces professionnels paramédicaux pour qu'ils suivent ces formations. De plus, la formation pratique par compagnonnage peut être dans des secteurs de soins en tension une complication supplémentaire. Cela implique une disponibilité du professionnel paramédical et médical sur un temps commun pour la réalisation des actes inscrits dans le suivi des compétences. De ces faits, le CDS doit être en mesure de faire coordonner les plannings des délégués et délégants et de permettre aux professionnels paramédicaux de se libérer pour réaliser le nombre d'actes attendus dans le cadre de la formation pratique.

➤ **En effet, le rôle du CDS dans le développement des protocoles de coopération est primordial.** Il assure une mission de pilotage et de coordination des différentes étapes pour aboutir à la mise en œuvre de ces dispositifs au sein d'un service de soins.

Pour répondre à ma question de recherche, il supporte entièrement le projet et le déroulement de l'intégralité des étapes. Nous pourrions en conclure qu'il occupe les cinq fonctions de base de l'encadrement « planifier, organiser, coordonner, commander, contrôler », missions reconnues comme étant le socle de la fonction cadre selon Henri Fayol⁸⁵.

Les CDS ont pensé cette nouvelle activité en collaboration avec les médecins et les professionnels paramédicaux si le management participatif a été utilisé. Il s'agit d'établir une vision vers l'avenir et d'élaborer un plan d'actions pour la réalisation des différentes étapes qui aboutiront au projet. C'est ainsi qu'ils ont organisé des réunions d'information, communiqué sur les objectifs, pensé aux ressources matérielles, coordonné et planifié les formations des professionnels. Certains ont dû faire face à l'imprévisibilité de certaines situations (départ d'un agent du protocole) devant les amener à s'adapter et à rebondir face à ces aléas.

Le CDS est garant du bon déroulement de chacune des étapes et veille au maintien d'une harmonie entre les acteurs. Il doit s'inscrire dans une position bienveillante de « commandement » des opérations en tant que professionnel porteur du projet assurant un contrôle des process. C'est au travers d'une écoute attentive laissant place à une liberté d'expression des réussites ou des craintes des agents qu'il parviendra à les fédérer autour de ce nouveau projet. En effet, il doit guider les professionnels, les accompagner dans la réalisation des différentes phases en activant chez eux un sentiment de reconnaissance.

Par ailleurs, il doit assurer l'évaluation annuelle du protocole de coopération par le suivi d'indicateurs⁸⁶. Je me suis aperçue lors de l'analyse que je n'avais pas abordé ce point dans ma grille d'entretien, ce qui ne me permet pas de traiter ces éléments.

➤ **Par ailleurs, il est indispensable que le CDS puisse s'appuyer sur les médecins,** notamment ceux porteurs du projet. C'est ainsi qu'il pourra être soutenu dans l'accompagnement des équipes et dans la formation des professionnels.

Le niveau d'engagement et d'implication du médecin déterminera si celui-ci s'inscrit dans une réelle démarche de travail en coopération avec le CDS ou s'il se positionne plus en retrait en tant qu'acteur participatif.

L'engagement de ces deux professionnels est selon moi la clé du succès et la réussite à long terme de ces protocoles de coopération. En effet, le médecin est un allié de taille pour porter ces projets auprès de la direction et accompagner à la fidélisation et à l'implication des équipes de soins dans ces dispositifs. Son positionnement au sein d'une unité de soins peut le conduire à être un acteur important à la pérennisation de ces nouvelles organisations.

Dans les hôpitaux, il est de notoriété que la mobilité des CDS est de nos jours plus importante que celle des médecins. Quand un médecin exerce une partie de sa carrière au sein d'un même service de soins, le CDS quant à lui, aura occupé un poste d'encadrement dans plusieurs services ou structures. Pour que ces nouveaux fonctionnements et activités puissent perdurer, l'engagement des médecins est primordial.

⁸⁵ Pionnier en gestion d'entreprises et précurseur du management

⁸⁶ Satisfaction des acteurs, indicateurs d'activités, de qualité et de sécurité (...)

En effet, s'ils ne sont pas complètement engagés et impliqués dans les protocoles de coopération qu'ils ont déployés au sein du service, ceux-ci risquent de disparaître au départ du CDS et au fur et à mesure de la mobilité des professionnels identifiés comme délégués. Ce n'est qu'auprès d'une équipe médicale convaincue et investie qu'ils pourront transmettre au nouveau CDS l'importance de maintenir ces organisations et nouvelles compétences des professionnels.

➤ **En termes de compétences des professionnels paramédicaux engagés, ma vision a évolué** depuis la réalisation de ces entretiens dans le cadre de la démarche d'enquête.

En effet, mes recherches et les échanges avec les professionnels de santé m'ont fait prendre conscience que l'évaluation des compétences des agents à la détermination de l'équipe déléguée n'était pas suffisamment initiée ou du moins pas assez explicitée dans les entretiens. Les critères de détermination de l'équipe déléguée ne sont, à mon sens, pas suffisamment détaillés dans les prérequis HAS au développement du protocole de coopération. Bénéficier d'une expérience professionnelle de plusieurs années dans un service de soins ne rend pas forcément plus compétents certains professionnels.

Ne jugeant pas des critères adoptés par les CDS interrogés, je me demande si une réflexion ne devrait pas être engagée par la HAS concernant la précision de ces prérequis en termes de savoir, savoir-être et savoir-faire. C'est ainsi que les CDS pourront s'appuyer sur des critères qu'ils pourront évaluer dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, limitant ainsi la part de subjectivité à leur définition. Ces critères pourraient également être utilisés par le CDS une fois le protocole de coopération en application pour évaluer les compétences des professionnels identifiés comme délégués.

➤ **Qu'en est-il de la reconnaissance des compétences acquises par les professionnels paramédicaux dans le cadre des protocoles de coopération ?**

La reconnaissance de leur fonction et de leurs compétences reste un point que le CDS ne doit pas négliger. Mais qu'en est-il à plus grande échelle ?

Les professionnels identifiés comme délégués bénéficient de l'attribution d'une prime de coopération qui participe à la reconnaissance de leurs compétences par une valorisation financière. Cependant, ces compétences développées à l'issue des formations théoriques et pratiques, ne sont ni inscrites dans le décret de compétences, ni reconnues d'un point de vue académique au niveau universitaire. En effet, le référentiel des compétences de la profession infirmière inscrit au Code de la santé publique date de 2009.

Au regard de l'évolution du système de santé, de l'apparition de nouveaux métiers tels que les IPA ou du développement de nouvelles compétences de ces professionnels, nous pouvons nous demander si ce référentiel est toujours d'actualité et adapté à cette mouvance ?

Les infirmiers doivent pouvoir être identifiés comme des personnes ressources dans des champs d'activités qu'ils maîtrisent. Est-ce que le nouveau référentiel en projet pour septembre 2024 ne devrait-il pas répondre aux objectifs et aux besoins de santé actuels pour s'engager vers une évolution et un meilleur avenir de notre système de santé ?

En effet, ces dispositifs de protocoles de coopération ayant tout intérêt à se développer, je me demande si ces compétences doivent-elles pour autant être inscrites dans le socle des compétences de l'infirmier.

Au regard du rapport d'octobre 2022⁸⁷ concernant l'«*Évolution de la profession et de la formation infirmières*», il se pourrait que certains actes du rôle sur prescription soient inscrits dans ceux du rôle propre. Ces modifications laisseraient place à l'intégration de certains actes délégués des protocoles de coopération au socle de compétences de l'infirmier. Ces décisions ne pourront être prises sans une analyse précise de ces possibilités au travers de critères de généralisation qui devront être clarifiés.

L'avenir du système de santé est ainsi voué à de nombreuses évolutions futures pour répondre au mieux aux besoins des patients. Le CDS sera sans nul doute l'un des acteurs participant à ces changements.

⁸⁷ IGAS, IGESR. (2022 Oct). *Evolution de la profession et de la formation infirmières*

5.2 Les freins identifiés à la concrétisation de ce mémoire

La rédaction de ce mémoire, au regard de plusieurs points, n'a pas été chose aisée.

Premièrement, je n'ai pas renouvelé cet exercice d'écriture depuis l'obtention de mon Diplôme d'État d'infirmier en 2009. À cette époque, je n'avais pas rencontré de difficultés majeures à sa réalisation d'autant plus que celui-ci fut mené sur deux années. Je portais confiance pour ce deuxième exercice.

La thématique de ce mémoire était une évidence, et ce, même avant d'entrer en institut de formation des cadres de santé (IFCS). Sujet d'actualité, projet que j'ai eu l'opportunité de développer dans un service de soins, il me semble être un sujet idéal pour lequel j'aurai matière à réflexion.

Les ateliers mémoire en collectif de ce début d'année m'ont permis d'expliquer et de faire connaître à mes pairs de promotion le principe des protocoles de coopération. Leur avoir fait découvrir l'existence de ces dispositifs m'a confortée dans le choix de ma thématique de mémoire. C'est ainsi que les échanges entre étudiants, formateurs et intervenants m'ont permis d'élaborer puis de faire valider ma question de départ.

Concernant l'étape relative à la rédaction du cadre conceptuel, j'ai été confrontée à un manque de littérature sur ce thème. Les rapports gouvernementaux, les études menées sur ce sujet ainsi que ceux émanant de la HAS et des ARS datent pour la majorité d'entre eux d'il y a plus de cinq, voire même dix ans. De ce fait, les informations que j'ai pu recueillir n'étant pas toutes remises à jour, il a été compliqué de pouvoir utiliser certaines de ces données.

Hormis la présentation du processus d'adhésion, il n'existe que très peu d'articles relatifs à la place et au management du CDS dans le développement des protocoles de coopération. Raison pour laquelle j'ai construit ce cadre conceptuel au regard des éléments qui me semblaient importants à la concrétisation de celui-ci. C'est ainsi que les recherches effectuées ont conduit à la formulation de ma question de recherche que j'ai quelque peu modifiée jusqu'à la rédaction de l'analyse.

La validation des grilles d'entretien par ma directrice de mémoire m'a permis de débiter les entretiens dans le cadre de l'enquête de terrain dans les temps impartis. Comme expliqué dans la partie méthodologie, les recherches de CDS ayant participé au développement d'un protocole de coopération n'ont pas été sans difficultés. Ce n'est qu'après de nombreux mails, de sollicitations de Directeurs des soins et des intervenants de l'IFCS que j'ai pu être mise en contact avec ces professionnels. Je n'ai cependant pas eu la possibilité de rencontrer un quatrième médecin, ce qui m'aurait permis de constituer le dernier binôme.

Mener des entretiens nécessite d'adopter certaines règles.

À l'écoute des enregistrements, je me suis aperçue que certaines questions ou relances que j'ai formulées ont possiblement pu induire certaines réponses des personnes interrogées.

La parole de l'interlocuteur étant libre, j'ai omis de poser certaines questions pensant avoir obtenu suffisamment d'informations au fil de la discussion, ce qui n'était malheureusement pas toujours le cas. Cependant, je pense que le nombre d'entretiens réalisés est suffisant. Il me semble avoir atteint une saturation des informations pour l'obtention des données nécessaires à la formalisation d'une analyse cohérente.

Par ailleurs, je me suis longuement interrogée sur la méthodologie utilisée pour la rédaction de cette analyse. Les données recensées ont été nombreuses et riches d'informations. L'identification des thématiques que je souhaitais aborder et la manière dont j'allais mener cette analyse ont été des difficultés que j'ai ressenties à cette étape. J'ai fait le choix de ne pas aborder l'intégralité des informations recueillies lors des entretiens. Cependant, j'ai pensé qu'il serait plus pertinent d'apporter une réflexion en parallèle de cette analyse afin de fluidifier la compréhension et la lecture de celle-ci.

Pour autant, je suis fière d'avoir finalisé ce mémoire sur un thème qui me tenait à cœur et espère avoir suffisamment pris de recul sur ce travail au regard du délai impartit.

Conclusion

La modification du contexte démographique et la modernisation de notre système de santé confrontées à de nouvelles exigences ont conduit les représentants politiques à proposer des solutions innovantes pour répondre aux besoins de santé de la population.

Les protocoles de coopération autorisés en 2009 ont été une réponse partielle apportée à la pérennisation de notre système de santé en améliorant l'accès aux soins et le parcours des patients. Les établissements de santé n'ont pas d'emblée pris possession de ces opportunités, raison pour laquelle ces dispositifs de coopération ont peiné à se développer. D'autre part, ils étaient à cette époque et encore plusieurs années après méconnus des professionnels de santé.

Ces dernières années, leur nombre tend à augmenter au sein des hôpitaux notamment depuis l'instauration de la prime de coopération à destination des professionnels délégués. Cet accroissement et cette pérennisation des dispositifs ne peuvent se faire sans une volonté institutionnelle et une implication de l'ensemble des acteurs à ces projets.

Nous avons pu démontrer dans le cadre de ce travail de recherche que le CDS est un des maillons indispensables à cette chaîne. En effet, au travers de ses activités managériales et d'un engagement au projet, il participe activement au déploiement et à la mise en œuvre de celui-ci au sein d'un service de soins.

Cela nécessite qu'il adopte différentes postures qui le mèneront à se positionner simultanément en tant que décideur, coordinateur, accompagnateur et facilitateur. Ainsi, il a pour rôle de veiller au bon déroulement des actes de soins, des prises en charge et de contribuer à l'épanouissement au travail des professionnels.

Ces protocoles de coopération dans l'exercice d'activités ou d'actes délégués entre professionnels de santé nécessitent également une coopération entre le CDS et le corps médical par des actions et interventions complémentaires. Sans ces conditions, ces projets ne pourraient voir le jour car il s'agit d'un travail en coopération pour des actes de coopération. Pour ce faire, le CDS doit adapter son management aux agents qu'il encadre. De plus, il doit agir en collaboration avec l'ensemble des professionnels exerçant au sein de l'institution hospitalière et se positionner comme acteur participant à ces changements.

Oui, ces changements sont nécessaires. En effet, notre système de santé et les professionnels qui y exercent sont en souffrance, et ce, depuis plusieurs années. Il est nécessaire et primordial de sortir de cet ancrage relatif aux organisations passées pour se développer et répondre au contexte actuel.

Les contours des métiers de la fonction paramédicale sont en train de se redéfinir pour tendre vers un objectif commun : celui de répondre à une adéquation des nouveaux besoins de la population au regard de la situation actuelle.

D'une part, le référentiel de compétences du métier d'aide-soignant a été modifié en 2021 pour y introduire de nouveaux actes et soins. D'autre part, l'apparition de nouveaux métiers tels que les IPA, le développement des protocoles de coopération, sont autant de projets innovants qui nous conduiront à envisager l'avenir de notre système de santé.

C'est ainsi que ces évolutions actuelles et futures participeront en premier lieu aux souhaits de ces professionnels quant à la reconnaissance de leurs compétences et permettront de repenser l'offre de soins et le parcours des patients pour les rendre plus adaptés et performants.

Pour accompagner ces évolutions, le CDS va devoir s'adapter à ce contexte en pleine mutation. Au sein d'une même unité de soins, des professionnels de fonction initiale identique assureront des missions variées et distinctes.

Certains exerceront des missions relatives à leur formation socle, tandis que se côtoieront des professionnels inscrits dans des démarches de coopération et ceux titulaires d'une formation diplômante de grade master pour les IPA. Ces contextes vont tendre à se généraliser, d'autant plus s'ils sont portés par les directions d'établissement et par l'encadrement.

Dans le cadre de ma fonction, je suis investie dans des groupes de travail institutionnels et attachée au développement des compétences des professionnels paramédicaux. J'ai été nommée, avant mon départ à l'école des cadres de santé, pilote du développement des protocoles de coopération sur quatre sites d'activités au sein de l'établissement dans lequel j'exerce.

Je suis convaincue du bien-fondé de ces dispositifs de coopération d'autant qu'ils contribuent à améliorer les prises en charge des patients. Ils sont également un bon moyen pour valoriser ces professionnels empreints d'une perte de sens au travail et en quête de reconnaissance.

Dans le cadre de cette mission transversale, quelles actions vais-je pouvoir mener au sein de quatre sites hospitaliers pour faire connaître ces dispositifs de coopération et ainsi accompagner au mieux les cadres de santé et les professionnels au développement de ces projets ?

Bibliographie

Articles :

- Affrite, A., Franc, C., & Mousquès, J. (2019, Fev). Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes. *Questions d'économie de la Santé*, n°239.
- Batifoulier, P., Castiel, D., & Bréchat, P.-H. (2017, Janv). La tarification à l'activité : une complexité contre-productive pour la santé des populations. *Les tribunes de la santé*, n°54, p. 61-78.
- Belrhiti, Z., & Chagar, H. (2013). Les facteurs de motivation des soignants . *Gestions hospitalières*, n°529.
- Beys, F., & Borgne, N. (2022, Nov). Le pari managérial de la loi Rist pour un DRH. *Soins cadres*, Volume 31, n°139, p. 24-26.
- Boussemaere, S. (2014, Mai). Compétences et missions attendues des cadres de santé en unité de soins . *Soins Cadres*, n°90.
- Brun, J.-P. (2002). *La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens* .
- Damette, G. (2002). Double management hospitalier: La dualité coopérative du binôme médecin responsable de service - Cadre de Santé comme vecteur d'engagement des équipes de soins. (D. B. Supérieur, Éd.) *Projectics / Proyéctica / Projectique*, Hors Série, p. 231-254.
- Dollet, A. (2014, Sept). Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé. *Recherche en soins infirmiers*, n°118, p. 65.
- Dujardin, P.-P., Reverdy, T., Valette, A., & François, P. (2017, Sept). La conduite de projets organisationnels portée par les cadres de santé : étude qualitative à partir d'un dispositif pédagogique. *Recherche en soins infirmiers*, n° 130, p. 31-52.
- Gartau, N. (2015, Juin). Les coopérations entre professionnels de santé - Délégation d'un acte technique hospitalier. *Revue Soins*, n° 796.
- Gernet, I., & Dejours, C. (2009, Fev). Evaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, p. 27-36.
- Girard, F. (2013, Nov). Penser l'avenir des professions paramédicales. *Soins Cadres*, Vol 22, n°88S, p. 10-12.
- Guillot, M. (2009, Avril). Activité du cadre de santé hospitalier : entre contrainte et autonomie. *Recherche en Soins Infirmiers*, n°99, p. 133 - 136.
- Hauch, V. (1998, Mai). Pilotage relationnel du projet interorganisationnel: le rôle de la communication. *Communication et organisation*.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, n°102, p. 23-34.
- Kiefer, B. (2022, Janvier). Médecins-infirmières : quelle collaboration ? *Revue Médicale Suisse*(n°2374).
- Lagadec, A.-M. (2021, Mai). Les binômes à l'hôpital - Une forme de coopération à privilégier. *Soins Cadres*, n°127.
- Le Boterf, G. (2002, Février). De quel concept de compétences avons-nous besoin? *Soins cadres*, n° 41.
- Lépine, V. (2009, Déc). La reconnaissance au travail par la construction d'une relation agissante. *Communication et organisation*, p. 96-107.
- Merkling, C. (2019, Mai). L'équipe médecin-cadre dans un management de proximité. *Soins Cadres*, n°111.
- Mias, C. (2010). Modélisation d'un processus de professionnalisation: L'implication professionnelle. *Les cahiers du CERFEE*, n°27-28: *Les sciences de l'éducation et de la formation : enjeux et perspectives*, p.207-224.
- Muller, C., & Wisniewski, E. (2017, Mai). Reconnaissance et valorisation des potentiels . *Soins cadres*, n°102.
- Plougouven, E., & Descatha, A. (2019, Dec). La conduite de projet en équipe pluridisciplinaire. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, Vol 89, n°6, p. 522-529.
- Rojouan, B. (2022, Mars). *Rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable*, n°589.
- Rouprêt, M., & Vallancien, G. (2006, Août). La délégation d'actes médicaux, un enjeu de la nécessaire réorganisation du système de santé en France. *La presse médicale*, Tome 35, n°7/8.

- Rufat, O. (2021, Mai). La convergence médico-soignante, un atout majeur du directeur des soins. Dossier : Les binômes à l'hôpital. *Soins Cadres*, n°127.
- Soparnot, R. (2013, Avril). Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus. *Recherches en sciences de gestion*, n°97, p.23-43.

Ouvrages :

- Alexandra-Bailly, F., Bourgeois, D., Gruère, J.-P., & et al. (2013). *Comportements humains et management* (éd. 4e). Montreuil: Pearson.
- Arnaud, B., & Caruso Cahn, S. (2021). *La boîte à outils de l'intelligence collective*, 2e éd. . Paris: Dunod, p. 52-55.
- Bernoux, P. (2009). *La sociologie des organisations*, 6e éd. Paris: Seuil, p. 10-42.
- Bourret, P. (Juin 2014). *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*. Paris: Seli Arslan.
- Brissy, S., Guinard, M., Kastler, F., & Lagarde, T. (2018 Juin). *Les professionnels de santé en Europe - la notion de professions de santé*. Institut Droit et Santé - Université Paris Descartes, p. 55-77 ; p. 117-128.
- Clergeau, C., Glasberg, O., & Violier, P. (2014). *Le management des entreprises du tourisme*. Paris: Dunod, p. 309-332.
- Dejoux, C. (2017). *Du management agile au leader designer*. Malakoff: Dunod.
- Desserprit, G. (2021). *Cadre de santé en 24 notions*. Malakoff: Dunod.
- Fossier, A., & LeTrillart-Bénard, O. (2017). *Profession manager commercial*. Paris: Dunod, p.103-116.
- Le Boterf, G. (2008). *Travailler efficacement en réseau : une compétence collective*, 2e éd. Paris: Eyrolles.
- Le Boterf, G. (2018). *Construire les compétences collectives* (éd. 3e). Paris: Eyrolles.
- Néré, J.-J. (2015). *Le management de projet* (éd. 4e). Paris: Presses Universitaires de France.
- Paillars, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, 5e éd. Gournay-sur-Marne: Setes.
- Ras, P. (2022). *Comment être un bon manager*. Ellipses, p.141-195.
- Stern, P., & Schoettl, J.-M. (2019). *La boîte à outils du management*, . Paris: Dunod, p. 32-35.
- Stern, P., & Schoettl, J.-M. (2019). *La boîte à outils du management*, (2e éd). Paris: Dunod, p. 32-35.
- Thévenet, M. (2004). *Le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes* (éd. 2e). Editions d'Organisation, p. 85-112.

Rapports :

- ARS Ile-de-France. (2019 Juillet). *Répertoire de protocoles de coopération entre professionnels de santé*.
- Berland, Y. (2003 Oct). *Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de taches et de compétences »*.
- Berland, Y. (2022, Nov). *Mission « Démographie des professions de santé »*.
- Berland, Y., & Bourgueil, Y. (2006, Juin). *Rapport « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé »*.
- Boudreault, H. (2017). *Interpréter et représenter les savoir-être professionnels pour pouvoir concevoir des environnements didactiques pour les faire développer*. Lille.
- Delamaire, M.-L., & Lafortune, G. (2010). *Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*, n°54. OCDE.
- HAS. (2008, Avril). *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé? .*
- HAS. (2008, Juin, Juin). *Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé- Rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade*.
- HAS. (2012). *Coopération entre professionnels de santé - Formation .*
- HAS. (2015, Nov). *Les protocoles de coopération art 51- Bilan du dispositif - Evaluation 2014*.
- HAS. (s.d.). *Coopération entre professionnels de santé (art. 51 de la loi HPST) - Bilan 2010-2018*.
- HAS. (Mai 2014). *Développement professionnel continu (DPC)-Les protocoles de coopération*.
- IGAS. (2021, Nov). *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, Tome 2*.
- IGAS, IGESR. (2022 Oct). *Evolution de la profession et de la formation infirmières*.
- IGAS. (2021 Nov). *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Tome 1*.
- Singly, C. d. (2009). *Rapport de la mission cadres hospitaliers*.

Webographie :

- ActuSoins. (2013, Janv). *Une large majorité d'infirmières opposée aux protocoles de coopération*. Consulté le 26 février, 2023, sur <https://www.actusoins.com/12598/une-large-majorite-dinfirmieres-opposee-aux-protocoles-de-cooperation.html>
- ARS. (2022, Janv). *Les protocoles de coopération entre professionnels de santé*. Consulté le 13 Janv, 2023, sur www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-1
- Assemblée nationale. (s.d.). *Proposition de loi n°362 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé*. Consulté le 14 février, 2023, sur https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b0362_proposition-loi
- Blog Gestion de Projet. (s.d.). *Comment choisir le bon style de management pour son projet?* Consulté le 29 Mars, 2023, sur <https://blog-gestion-de-projet.com/decouvrir-4-styles-de-management-efficaces/>
- Boyer, F. (s.d.). *Définition du manager facilitateur et ses nouveaux rôles*. Consulté le 30 mars, 2023, sur Innovation managériale: www.innovationmanageriale.com/definition-du-manager-facilitateur/
- Cersa, Formation, Emploi et Entreprise. (s.d.). *Les différents styles de management*. Consulté le 29 Mars, 2023, sur <https://www.cersa.org/types-de-management/>
- DGOS. (s.d.). *Reconnaissance de la pratique avancée infirmière - Présentation*. Consulté le 04 décembre, 2022, sur https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_presentation_ipa.pdf
- HAS. (Avril 2012). *Coopération entre professionnels de santé - Mode d'emploi*. Récupéré sur www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante
- La résistance au changement : un facteur humain*. (s.d.). Consulté le 17 Janv, 2023, sur Experlignce: www.experlignce.com/resistance-changement-facteur-humain/
- Le Boterf, G. (s.d.). *Le portail de la fonction publique*. Consulté le 27 janvier, 2023, sur Etre comptétent, c'est être capable d'agir en situation: <https://www.fonction-publique.gouv.fr/fonction-publique.gouv.fr/la-formation-professionnelle/etre-competent-savoir-agir-situation>
- Légifrance. (s.d.). Consulté le Nov-Déc 2022, sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- Les modalités de l'expérience Asalée détaillées dans une instruction*. (2015, Mai). Consulté le 18 Déc, 2022, sur Infirmiers.com: www.infirmiers.com/exercice-liberal/le-metier-didel/les-modalites-de-lexperimentation-asalee-detaillees-dans-une-instruction
- Mattéi, J.-F. (2020, Déc). *Le pouvoir médical*. Consulté le 18 décembre, 2022, sur Académie nationale de médecine: <https://www.academie-medecine.fr/le-pouvoir-medical/>
- Ministère de la santé et de la prévention. (2022, novembre). *Les protocoles nationaux de coopération*. Récupéré sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-nationaux-de-cooperation>
- Motta, J.-M. (2003, Oct 08). *Travail en équipe : Positionnement cadre envers "l'Un-dividu" soignant. (1ère partie)*. Récupéré sur www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc-121.pdf
- Qu'est ce qu'une infirmière ASALEE*. (2020, Oct). Consulté le 18 Déc, 2022, sur Charlotte.K: www.charlottek.fr/quest-ce-quune-infirmiere-asalee/
- Rivaleau, C. (2003, Mai). *Les théories de la motivation*. Consulté le 21 janvier, 2023, sur Cadre de santé: <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Les-theories-de-la-motivation>
- SP Auché-Hédou. (2018, Avr). *Protocole de coopération : qui est responsable ?* Consulté le 14 Fev, 2023, sur www.ah-avocats.fr/protocole-de-cooperation-qui-est-responsable/
- Syndicat national des professionnels infirmiers. (2013, Oct). *Protocoles de coopération : les chiffres du rejet !* Consulté le Déc 09, 2022, sur <http://www.syndicat-infirmier.com/Protocoles-de-cooperation-les-chiffres-du-rejet.html>
- Vie-publique. (s.d.). *Qu'est-ce qu'un désert médical et comment les pouvoirs publics y répondent-ils ?* Consulté le 02 décembre, 2022, sur <https://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-queles-actions-des-pouvoirs-publics>

Table des annexes

Annexe 1 - Bilan HAS 2010-2018 – Protocoles de coopération. Évolution des saisines

Annexe 2 - Rapport IGAS 2022. Tome 2 – Évaluation quantitative de sept objectifs

Annexe 3 - « La courbe du changement »

Annexe 4 - Grille d'entretien à l'attention des cadres de santé

Annexe 5 - Grille d'entretien à l'attention des médecins

Annexe 6 - Retranscription de l'entretien du cadre de santé - Binôme 2

Annexe 7 - Retranscription de l'entretien du médecin - Binôme 2

Annexe 8 - Grille de dépouillement

Annexe 9 - Démarche à la création d'un protocole de coopération

Annexe 1 - Bilan HAS 2010-2018 – Protocoles de coopération. Évolution des saisines

Évolution des saisines

Protocoles reçus et avis rendus (2010-2018)



« Sans objet » : dérogation impossible ou non nécessaire



Depuis 2010 :

141 protocoles ont été proposés par 22 régions (régions promotrices)

58 avis favorables (avec réserves) et

19 avis défavorables ont été prononcés par le Collège de la HAS

7 protocoles arrêtés

- 5 par les promoteurs
- 1 pour travail au niveau national (CEGIDD)
- 1 à la demande de la HAS pour retour insuffisant d'expertise

(X) Nombre de nouveaux PC déposés dans l'année

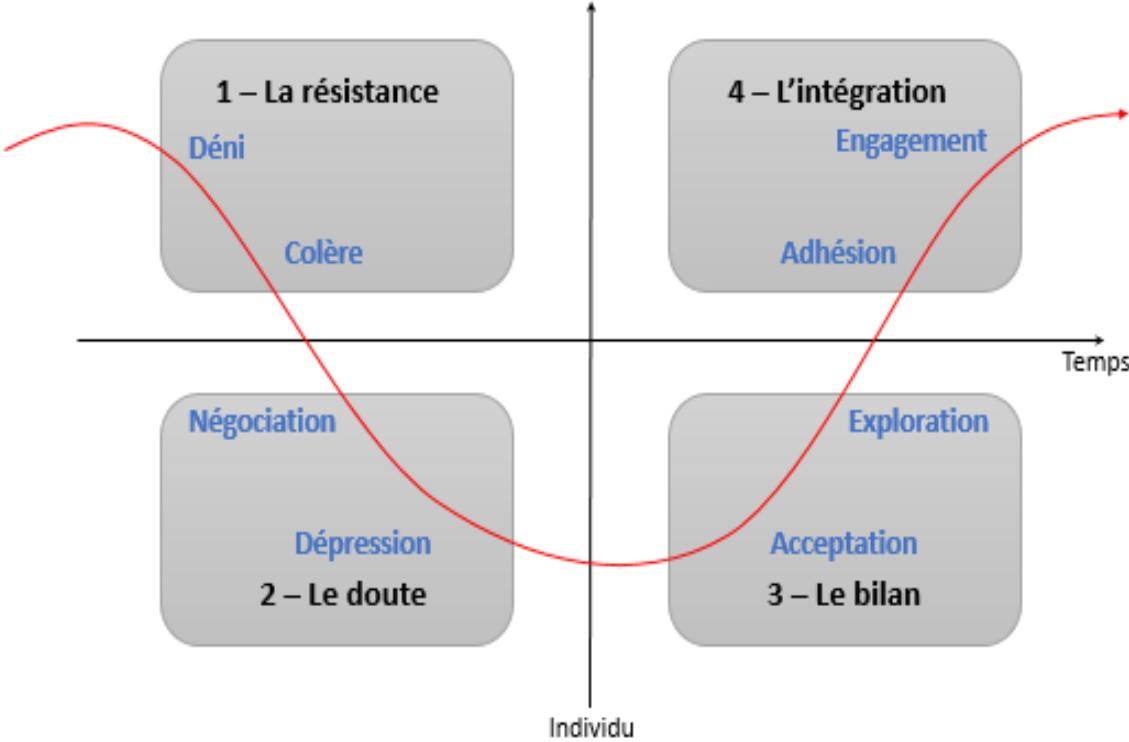
Annexe 2 - Rapport IGAS 2022. Tome 2 – Évaluation quantitative de sept objectifs

TOME 2 - RAPPORT IGAS N°2021-051R

Tableau 12 : Évaluation qualitative de sept objectifs

ARS	Existence de temps médical ?	Recrutement de facteurs médicaux sur des actes plus complexes ?	Recrutement de délégués d'actes au sein ?	Détection de sous-emploi ou sur-emploi ?	Amélioration de la prévention et du dépistage ?	Amélioration de la qualité des soins ?	Amélioration de la coordination des soins ?
ABA	NR	OUI pour les protocoles de spécialité en milieu hospitalier	OUI évident pour la filière visuelle (diminution tps accès consult ophtalmique)	Non objectif mais le suivi AsaMie montre une meilleure observance de la réalisation des examens complémentaires	OUI Réalité identifiée dans le cadre du protocole AsaMie	OUI, identifié dans le cadre du protocole asaMie	NR Pas assez d'équipes sur les protocoles coordonnés pour pouvoir répondre
BRETAGNE	OUI	OUI	OUI	NR	OUI	NON	OUI
GRAND-EST	OUI, motivation principale pour les équipes de soins Interrogés:ASALEE : cf. évaluation IRDES 2018, augmentation de la file active du binôme IDE/IMG d'environ 10%	OUI, gradation des soins induite de fait par la délégation d'actes.	OUI, par ex pour le protocole de dépistage de la rétinopathie diabétique	OUI, opération de promotion-formation-action-installation ciblée d'infirmières ASALEE dans 4 départements sous-denses en 2018. Bilan positif trois ans après	OUI, pour la majorité des équipes de soins.	INDIRECTEMENT, le gain de temps médical permet de dégager un temps de coordination synonyme de qualité des soins.	OUI, l'amélioration de la coordination des soins est clairement identifiée par les équipes
GRAND-EST	OUI, motivation principale pour les équipes de soins Interrogés:ASALEE : cf. évaluation IRDES 2018, augmentation de la file active du binôme IDE/IMG d'environ 10%	OUI, gradation des soins induite de fait par la délégation d'actes.	OUI, par ex pour le protocole de dépistage de la rétinopathie diabétique	OUI, opération de promotion-formation-action-installation ciblée d'infirmières ASALEE dans 4 départements sous-denses en 2018. Bilan positif trois ans après	OUI, pour la majorité des équipes de soins.	INDIRECTEMENT, le gain de temps médical permet de dégager un temps de coordination synonyme de qualité des soins.	OUI, l'amélioration de la coordination des soins est clairement identifiée par les équipes
NORMANDIE	OUI sur une même vacation, l'ophtalmologiste et l'orthoptiste doublent les examens.	OUI, l'activité médicale recentrée sur les patients complexes ou instables, sur la prise en charge des agences ou patients non stabilisés	OUI, diminution des délais de rendez-vous : Avec ASALEE : suivi 1 fois par an par le médecin, 1 fois par semestre ou trimestre par l'IDE	OUI, un plus grand nombre de patients différents pris en charge.	OUI, plus d'information, d'explications, de prévention, Démarche de santé publique (parfois aussi pour l'entourage, la famille)	OUI Une prise en soin plus complète, moins standardisée, plus à l'écoute des questions, avec plus de conseils, ... les consultations sont aussi plus longues	OUI, suivi du patient, médecin-paramédical, permettant une prise en charge plus complète de la pathologie, ou déficiences
GUADLOUPE	Les premières déclarations d'adhésion à un protocole de coopération national sur notre territoire datent du premier trimestre 2021. La plupart sont encore en phase de construction.						
HAUT DE FRANCE	Aucune étude qualitative n'a été menée (en analysant notamment des territoires dans lesquels des professionnels disposent de tels protocoles et des territoires n'en disposant pas). Au surplus, les nouvelles modalités de validation génèrent de fait une prise de distance entre les équipes concernées et l'agence (limitant de fait les échanges permettant de disposer de ce type d'information).						
NOUVELLE AQUITAINE	NR						
IDF	Nous ne disposons pas de ces informations						
PACA	Nous n'avons pas réalisé d'évaluation quantitative à ce jour de la mise en œuvre des protocoles de coopération.						

Annexe 3 - « La courbe du changement »



Annexe 4 - Grille d'entretien à l'attention des cadres de santé

Étudiante cadre de santé à l'École Supérieure de Montsouris et en Master 1 des Organisations Soignantes, je réalise dans le cadre de mon travail de fin d'études une enquête auprès de cadres de santé ayant participé au développement et à la mise en place d'un protocole de coopération au sein d'un service de soins hospitalier. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien.

ENTRETIEN N° _____ :

Date et heure	
Durée de l'entretien	
Année d'obtention du diplôme	
Ancienneté dans le service / protocole de coopération	

Thématiques	Objectifs	Questions	Relances	Lien avec les concepts
Place du cadre de santé dans l'institution	Représenter la place du cadre de santé au sein de l'institution hospitalière	1-Comment définiriez-vous la place occupée par les cadres de santé au sein de l'établissement et du pôle d'activité?	Comment définiriez-vous la transmission et l'échange d'informations tant au niveau institutionnel queulaire ?	-Intégré à la vie de l'établissement : management -Participation aux groupes institutionnels (COPI, CSMRT...) Intervient dans les 3 dimensions (administrative, médicale et soignante)
Le protocole de coopération	Identifier les leviers de motivation du cadre de santé au développement d'un protocole de coopération	2-Comment avez-vous connu le dispositif des protocoles de coopération ?		-Engagement institutionnel - Levier attractivité, financier -Connaissance personnelle -Demande médicale, paramédicale
		3-Quel protocole de coopération avez-vous été amené à développer ?	Depuis combien de temps êtes-vous dans le service lors du développement du protocole de coopération ?	-Protocole national autorisé -Protocole local -Appel à manifestation d'intérêt
		4-Quelles sont les raisons qui vous ont poussé personnellement à participer ou à vouloir développer un protocole de coopération au sein de l'unité de soins ?	En êtes-vous à l'initiative ? Si non, quelles raisons vous ont conduit à accepter d'y participer ?	-Mission du cadre de santé en tant que pilote de projet -Challenge -Développer les compétences de l'équipe paramédicale -Donner du sens au travail -Motiver les équipes
Identifier les plus-values du développement d'un protocole de coopération	5-En quoi le développement de protocoles de coopération peut-il être une plus-value pour un service de soins ou pour l'établissement ?		Pour les professionnels paramédicaux Pour l'organisation du service Pour les patients	-Réduire le délai de prise en charge des patients -Développer les compétences de l'équipe paramédicale -Redonner du temps au médecin
		6-Selon vous, y a-t-il des conditions nécessaires pour développer un protocole de coopération ?	Comment pourriez-vous définir la coopération entre le cadre de santé et le médecin dans le développement de ces projets ?	-Volonté institutionnelle -Coopération médicale -Dynamique de l'équipe
Le cadre en tant que pilote de projet	Décrire les différentes étapes du processus de développement et de mise en place du protocole de coopération	7-Pouvez-vous me décrire les étapes que vous avez suivies pour développer ce protocole de coopération ?	Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer ?	-Description des étapes du projet : clarification du projet, évaluation des besoins (RH, équipement, locaux), constitution et formation de l'équipe déléguée, création d'outils, formalisation d'indicateurs
		8-Quelle a été la communication concernant l'information et le développement des protocoles de coopération ?	Comment avez-vous procédé pour présenter le projet aux équipes ? Ce dispositif était-il connu des professionnels ?	-Programmation de réunions -Définition des objectifs -Écoute des ressentis -Échange interprofessionnel
		9-En tant que cadre de santé, comment avez-vous procédé pour impliquer et faire participer les professionnels paramédicaux au projet ?	Avez-vous perçu des phénomènes de résistance de la part de l'équipe ? Quelles en étaient les raisons ?	-Concept de la motivation -Développement de compétences -Donner du sens au travail -Prime de coopération
		10-Quels ont été les critères de détermination de l'équipe paramédicale déléguée ?		-Volontariat -Connaissance des compétences de l'équipe
La satisfaction au projet	Évaluer la satisfaction de l'équipe déléguée, déléguée et des patients	11-Que pouvez-vous me dire concernant la satisfaction des équipes paramédicales et médicales ?		Paramédicaux : reconnaissance, gratitude Médecins : qualité des prestations, libération du temps
		12-Qu'en est-il de la satisfaction des patients ?	Certains refusent-ils que l'acte soit réalisé par un autre professionnel que le médecin ?	-Satisfaction des patients -Temps accordé à la prise en charge -Inquiétude de ne pas rencontrer systématiquement le médecin ?
L'avenir des protocoles de coopération	Expliquer la vision du cadre de santé sur l'avenir de ces dispositifs de coopération dans le système de soins	13-Comment voyez-vous l'avenir du système de soins et la place des protocoles de coopération dans les établissements hospitaliers ?	Selon vous, le développement des protocoles de coopération dans les établissements de soins et plus particulièrement dans un service a-t-il des limites ?	-Priorités gouvernementales -Evolution de la profession, inscription de ces compétences au décret ? -Limites : départ des professionnels délégués et/ou délégués -Délai administratif

Je vous remercie pour votre participation ainsi que pour le temps consacré à cet entretien.

Annexe 5 - Grille d'entretien à l'attention des médecins

Étudiante cadre de santé à l'École Supérieure de Montsouris et en Master 1 des Organisations Soignantes, je réalise dans le cadre de mon travail de fin d'études une enquête auprès de cadres de santé ayant participé au développement et à la mise en place d'un protocole de coopération au sein d'un service de soins hospitalier. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien.

ENTRETIEN N° _____ :

Date et heure	
Durée de l'entretien	
Année d'obtention du diplôme	
Ancienneté dans le service / protocole de coopération	

Thématiques	Objectifs	Questions	Relances	Lien avec les concepts
Place du médecin dans l'institution	Représenter la place du médecin au sein de l'institution hospitalière	1-Fouriez-vous m'expliquer la place occupée par les médecins dans la politique institutionnelle de l'établissement ?	Participez-vous à l'une de ces instances ?	-Place au sein de l'institution : -Directoire, CME -Pouvoir décisionnaire du médecin sur les projets de service
Le protocole de coopération	Identifier les leviers de motivation du médecin au développement d'un protocole de coopération	2-Comment avez-vous connu le dispositif des protocoles de coopération ?		-Engagement institutionnel – -Lever attractivité, financier -Connaissance personnelle -Demande du cadre de santé, de l'équipe paramédicale
		3-Selon vous, l'institution a-t-elle un rôle à jouer dans le développement des protocoles de coopération ?		
		4-Quel protocole de coopération avez-vous été amené à développer ?		-Protocole national autorisé -Protocole local -Appel à manifestation d'intérêt
		5-Selon vous, y a-t-il des conditions nécessaires pour développer un protocole de coopération ?	Qu'évoque pour vous la « coopération » médecin et cadre de santé dans votre quotidien professionnel et notamment dans la mise en place de ce dispositif ?	-Volonté institutionnelle -Coopération interprofessionnelle -Dynamique de l'équipe
		6-En quoi le développement de protocoles de coopération peut-il être une plus-value pour un service de soins ?	Pour les professionnels paramédicaux Pour les médecins Pour l'organisation du service Pour les patients Et pour l'établissement ?	-Réduire le délai de prise en charge des patients -Développer les compétences de l'équipe paramédicale -Redonner du temps au médecin -Motiver les équipes
Identifier les plus-values du développement d'un protocole de coopération	7-Que pensez-vous du fait que les professionnels paramédicaux exercent des activités/actes dédiés auparavant exclusivement aux médecins ?		-Monopole médical -Collaboration interprofessionnelle -Délégation de compétences	
	8-Que peuvent apporter aux patients la réalisation d'actes/activités réalisés par des professionnels paramédicaux à la place de ceux réalisés par un médecin ?	Y-a-t-il des plus-values ? Si oui, lesquelles ?	-Temps plus important consacré au patient -Suppression de la barrière médecin/patient -Proximité et lien de confiance	
	9-Quelle a été la communication concernant l'information et le développement des protocoles de coopération ?	Comment avez-vous procédé pour présenter le projet aux équipes ? Ce dispositif était-il connu des professionnels ?	-Programmation de réunions -Définition des objectifs -Ecoute des ressentis -Echange interprofessionnel	
Le développement et l'impact du projet	10-Comment avez-vous procédé pour impliquer et faire participer les professionnels paramédicaux et médicaux au projet ?	Avez-vous perçu des phénomènes de résistance de la part de l'équipe médicale ? Quelles en étaient les raisons ?	-Concept de la motivation -Développement de compétences -Donner du sens au travail -Rime de coopération pour les paramédicaux -Libérer du temps médical	
	11-Quels ont été les critères de détermination de l'équipe médicale délégante ?	Et concernant l'équipe paramédicale, y-avez-vous participé ?	-Volontariat -Connaissance des compétences de l'équipe	
La satisfaction au projet	Evaluer la satisfaction de l'équipe délégante, déléguée et des patients	12-Que pouvez-vous me dire concernant la satisfaction des équipes paramédicales et médicales ?		Paramédicaux : reconnaissance, gratitude Médecins : qualité des prestations, libération du temps
		13-Qu'en est-il de la satisfaction des patients ?	Certains refusent-ils que l'acte soit réalisé par un autre professionnel que le médecin ?	-Satisfaction des patients -Temps accordé à la prise en charge -Inquiétude de ne pas rencontrer systématiquement le médecin ?
L'avenir des protocoles de coopération	Expliquer la vision du médecin sur l'avenir de ces dispositifs de coopération dans le système de soins	14-Comment voyez-vous l'avenir du système de soins et la place des protocoles de coopération dans les établissements hospitaliers ?	Selon vous, le développement des protocoles de coopération dans les établissements de soins et plus particulièrement dans un service a-t-il des limites ?	-Priorités gouvernementales -Evolution de la profession, inscription de ces compétences au décret ? -Limites : départ des professionnels délégués et/ou délégués -Délai administratif

Je vous remercie pour votre participation ainsi que pour le temps consacré à cet entretien.

Annexe 6 - Retranscription de l'entretien du cadre de santé - Binôme 2

Date et heure	05 avril 2023 à 15h
Durée de l'entretien	1 heure
Année de diplomation	2007
Type d'établissement	CHU
Ancienneté dans le service / protocole de coopération	5 ans

Protocole de coopération :

Télésurveillance, consultation de titration et consultation non-programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque par un(e) infirmier(e)

Présentation du cadre de santé :

Je suis diplômée cadre de santé depuis décembre 2007. J'ai exercé dans des services d'urgences, dans des services de gériatrie longs séjours, j'ai fait sept ans de soins intensifs de cardiologie, heu... J'ai fait quatre ans d'immunologie et de cardiologie dans une salle complètement mixte. J'ai surtout accompagné le départ de l'immunologie vers un autre centre hospitalier et j'ai accueilli une autre spécialité qui était la cardiopathie congénitale adulte. Mon dernier poste en tant que cadre, je l'ai occupé de 2018 à 2021, et donc là, j'ai eu beaucoup de chance. J'ai eu un poste complètement atypique dans la coordination de transplantation cardiaque. Heu... Sur ce poste-là, j'avais en charge un hôpital de jour en tant qu'encadrement et j'avais double ou triple casquette. J'avais pris la casquette ETP du groupe hospitalier, car la personne qui s'en occupait était partie en doctorat. Donc j'avais aussi toute la partie éducation thérapeutique. C'était mon dernier service d'immunologie qui m'avait un peu inculqué tout ça. J'ai donc fait pendant ces périodes-là, toutes les formations obligatoires de coordination que je n'avais pas faites jusqu'à présent. J'avais tout le côté transplantation cardiaque donc je faisais les consultations pré-greffe avec le médecin donc j'avais la chance, enfin... J'ai eu la chance de retourner pendant ces années au lit du patient, tous les jours pour faire l'éducation thérapeutique. Donc j'étais infirmière de coordination en transplantation cardiaque tout en étant cadre depuis déjà plus de dix ans, quinze ans. J'ai eu cette chance-là. Ça m'a d'ailleurs fait beaucoup de bien. J'ai adoré ce poste. Et puis je devais encore un peu m'ennuyer (rire). J'avais aussi sous ma casquette, toutes les infirmières de coordination de notre DMU. Il y avait Marie⁸⁸, qui était à l'époque infirmière de coordination en ETP cardio que j'ai accompagnée pour devenir IPA, qui est sortie et qui est maintenant IPA. Heu... L'infirmière de coordination assistance cardiaque qui est toujours en poste. Deux infirmières de cardiopathie congénitale de coordination, donc elles faisaient toute la coordination et l'éducation thérapeutique des cardiopathies congénitales que j'avais eues en encadrement avant aussi donc je connaissais bien. Et donc là, c'est sur cette période que j'ai pu accompagner, au départ de Marie en IPA, une autre infirmière d'éducation thérapeutique. C'était tout début 2019 avec la coopération, la télésurveillance qui arrivait, enfin ça traînait. Donc, on nous a demandé de faire un choix. Concrètement, est-ce qu'on voulait garder une infirmière d'éducation thérapeutique pure ou est-ce qu'on ne pouvait pas s'impliquer dans un nouveau projet de télésurveillance évoluant vers un protocole de coopération. Et donc, on a dit banco, on y va. Donc, c'est parti comme ça en janvier 2019 au départ de Marie. J'étais encore cadre de proximité, par contre, quand on m'a demandé de venir faire le poste de faisant fonction cadre sup' l'année dernière en janvier 2022, là, j'ai dû tout lâcher. Et c'est compliqué. Je pense que ça va devenir mon combat dans les prochains mois. Donc là, je pense que ça va devenir ma bataille. Ça serait potentiellement de reprendre les infirmières de coordination même sur un poste d'encadrement supérieur ce n'est pas grave.

Alors après, ça va de la panne informatique à plein de choses qu'on peut régler. Les infirmières sur le terrain, ça leur embolise tout leur temps. Sans cadre, elles ne peuvent pas le faire ou alors elles passent par tous les trous de souris et à un moment elles se retrouvent à « il faut prévenir votre encadrement, il faut un mail de votre encadrement ». Là, c'est ce qu'il se passe en fait. Elles n'ont plus d'ordinateurs fonctionnels, on leur pique leurs bureaux parce qu'un médecin crie plus fort. Voilà, il n'y a plus de chef dans la maison et leur travail au quotidien devient plus pénible que ce qu'il était. Moi, j'aurais voulu qu'il y ait quelqu'un qui le fasse à ma place, c'est pas du tout que je veuille le reprendre. Donc voilà le parcours.

⁸⁸ Le prénom a été changé

⇒ **Quelle était votre ancienneté dans le service quand vous avez développé le protocole de coopération ?**

Je dirais cinq ans dans le service.

1-Comment définiriez-vous la place occupée par les cadres de santé au sein de l'établissement et du pôle d'activités ?

Le cadre de santé pour moi, n'a pas vraiment une place dominante dans le DMU. En sachant qu'on a un DMU très actif. Une fois par mois, on est regroupés par notre CPDMU et on a une réunion d'information. Donc ça, on va dire qu'on ne manque pas d'informations. Une fois par mois, on a une réunion avec la direction de l'hôpital et une fois par mois une réunion avec la direction des soins. Maintenant, comment nous on vit ces réunions, ce ne sont pour nous que des réunions descendantes. On nous donne de l'information et on la prend ou on ne la prend pas. Dans ces réunions-là, vous n'avez jamais, c'est de notre faute, on ne sollicite pas la direction des soins. Mais vous n'avez jamais un cadre qui vient présenter son équipe d'expertise, plaies et cicatrisations, protocoles, son IPA... Ce sont vraiment quarante-cinq à une heure d'infos qu'on vous donne : les trente leviers, la certification puis vous les prenez ou vous ne les prenez pas. Mais ce n'est pas tellement quelque chose qui nous apporte des compétences. Notre CPDMU depuis quelques mois, dans ces réunions où se trouvent tous les cadres du DMU, elle demande à chacun de présenter un truc, ce qui se passe dans son service. C'est vrai, j'ai oublié, mais il y a deux-trois ans, j'avais fait ça et toutes les infirmières de coordination avec qui je travaillais avaient présenté aux cadres leurs rôles et leurs missions.

⇒ **Vous diriez que c'est une communication à l'intérieur du DMU plutôt qu'une communication avec les directions ?**

Oui, voilà, il n'y en a pas trop. Celle que l'on a depuis dix ans, c'était vraiment... Enfin voilà, ici, c'était plutôt descendant. En tant que cadre, ouais, non, on n'est pas... C'est complètement différent. On n'est pas trop...

⇒ **Avez-vous la possibilité de vous investir dans des groupes de travail ?**

Alors ça oui, là par contre, il n'y a aucun souci. On fait ce qu'on veut. On a toutes les billes pour faire des projets. Après la seule chose qu'il faut se dire, quand vous êtes cadre, arriver à faire des projets, vous êtes juste un super cadre. Moi, mes dix premières années, ou alors j'étais complètement nulle, ce qui est possible, mais... Les dix premières années, je n'ai fait que du recrutement, des plannings et fait tout mon possible pour que mon équipe aille bien. Des livrets d'accueil, les étudiants, la formation interne en soins intensifs en pneumo.

Avec les médecins, faire des cours, toute la formation. En soi, monter des projets, c'était beaucoup plus compliqué, c'était très compliqué. Il faut avoir une certaine maîtrise de son service pour se lancer dans ce genre d'aventure.

Vous ne débarquez pas dans un service que vous ne connaissez pas en vous disant, alors là, je vais faire un super projet, c'est impossible. Il faut avoir déjà votre service hyper stable. Moi, je n'ai jamais fait autant de projets que le dernier poste que j'avais avec un tout petit HDJ autonome et un poste en transversal. C'est pour ça que je disais, je pense que j'étais la cadre du GHU la plus heureuse, mais j'ai changé de poste depuis. Enfin bref. Parce que c'était vraiment un vrai poste en transversal. Après, c'est vrai que j'ai des collègues qui sont sur le plateau technique, les endos. Elles n'ont pas le même ressenti. Moi je n'ai fait que du soin avec « il n'y a personne pour la nuit, il n'y a personne pour ce week-end, je ne peux pas rentrer à la maison ». Enfin, on n'a pas beaucoup travaillé sur ce rythme horaire et c'est complètement chronophage.

2-Comment avez-vous connu le dispositif des protocoles de coopération ?

Par le chef de service qui a toujours ses petites oreilles partout et qui est toujours dans des réunions très mondaines auxquelles nous n'assistions pas du tout en tant que cadre (rire). Et un beau jour, il est venu toquer à notre porte et il nous a dit « il y a un truc super qui se fait à [nom d'un établissement], un protocole de coopération télésurveillance insuffisance cardiaque, il faut qu'on y aille, on y va tous ensemble, c'est parti ». Donc voilà, ça a démarré. Bah au départ de cette fameuse Marie qui a dit banco, après elle est partie deux mois plus tard, mais du coup, on a pris le truc à bras-le-corps.

Et puis on nous a présenté Anne⁸⁹ sur l'établissement initiateur. Ça s'est fait comme ça. Mais le point de départ, c'est vraiment le chef de service qui, je pense lors de réunions médicales avec ses collaborateurs, ses confrères... Ils ont expliqué ce qu'ils faisaient là-bas et que ça marchait super bien. Parce qu'ils ont fait un truc énorme. Il a dit, « c'est ce qu'il nous manque, allons-y ». Il a fait ça bien aussi avec la direction. On a fait venir la direction, les finances, où il a prouvé par A+B que ça allait rapporter tant. Enfin voilà, ce n'était pas un petit dossier. Alors nous, on avait dealé que le poste d'ETP se transformait aussi en télésurveillance mais on avait bien signalé quatre-vingts malades, c'était la limite. Après quatre-vingts, il fallait une deuxième infirmière. On a eu une deuxième infirmière à quatre-vingt-cinq, on s'est bien débrouillés. On n'est pas partis à l'aveugle, n'importe comment.

⁸⁹ Le prénom a été changé

3- Quel protocole de coopération avez-vous été amené à développer ?

Le protocole de coopération insuffisance cardiaque il y a deux axes en fait. Il y a la télésurveillance simple et les paramètres vitaux. Donc, le patient est à la maison, il se pèse sur la balance connectée. Et donc, c'est relié à un prestataire. Ce prestataire appelle le patient lorsqu'il déclenche une alerte. Il déclenche une alerte lorsqu'il a plus de deux kilos sur une semaine. Les filles appellent. On est allés les rencontrer avec toutes les infirmières sur le site, expliquer vraiment l'insuffisance cardiaque. Elles ont aussi été formées par le prestataire. Donc, elles appellent le patient, « ne vous êtes-vous pas pesé avec votre chat ? (rire). N'avez-vous pas mangé des fruits de mer hier ? Est-ce que vous continuez bien la prise de vos médicaments ? » Et quand le patient n'est pas bien, ils appellent l'infirmière. Il n'y avait qu'une infirmière à ce moment et l'infirmière prend le relais avec le patient. Heu... Donc qu'est-ce qu'elles peuvent faire ? Alors, cette infirmière de coopération doit avoir un DU d'insuffisance cardiaque et elle doit avoir suivi la formation à Picpus pendant un an. Alors, elle ne dure pas vraiment un an. Je caricature un peu. Je crois que c'est une formation qui dure huit à dix jours à Picpus, qui a été formalisée par l'équipe d'Anne de l'hôpital initiateur qui a créé ce protocole. Nous, on s'est imbriqués dedans. Nos infirmières ont suivi cette formation et se sont fait un an de DU d'insuffisance cardiaque grave avec des internes, des docteurs et tout ça. Leur mémoire n'est forcément pas équivalent aux internes. Mais ce n'est pas rien. C'est une implication très importante avec un mémoire à la fin. C'est une très grande implication. Donc, il y a ce volet télésurveillance qui est très soft, que moi, je faisais quand elles partaient en vacances. L'autre volet, ce sont des infirmières qui font des consultations, des consultations de titration. Elles ont toute une arborescence de médicaments qu'elles peuvent prescrire dans l'insuffisance grave, point final. Elles ne voient rien d'autre. Donc, elles font de la consultation à côté des médecins. Il y a cent consultations qu'elles doivent faire en compagnonnage pour valider en plus cette formation. Au bout de la cent-unième, elles sont seules. Elles ont le droit de prescription, elles sont déclarées à l'ARS et elles ont les fameux cent euros de prime.

Et voilà, elles suivent leur cohorte de patients. Alors, c'est dans un entonnoir. Elles ont le droit à certains trucs, certains dosages et toujours un médecin déléguant qui est à côté, à la moindre alerte qui est là. Et donc, c'est vrai que ces infirmières, elles font plein de choses. Elles font de la coordination, elles font de la coopération et de la télésurveillance.

⇒ Était-ce un protocole national autorisé ou local ?

On l'a vécu, il devenait national. On s'est incrusté et il est devenu national. Voilà. Il est né en même temps que nous.

4- Quelles sont les raisons qui vous ont poussé personnellement à participer ou à vouloir développer un protocole de coopération au sein de l'unité de soins ?

Bah moi personnellement, moi ça m'intéressait, car intellectuellement c'était quelque chose que je ne connaissais pas. Donc effectivement, j'ai appris plein de choses avec notre personne référente de l'établissement initiateur, avec qui j'ai beaucoup échangé et qui m'a appris beaucoup de choses. Et aussi, surtout pour les infirmières, je trouvais que c'était un développement de compétences majeur. Ce n'était pas IPA, mais il y avait quand même un rôle avec le médecin qui était un grand pas en avant. Quelque chose d'important. Donc oui, moi ça m'a intéressé parce que c'était un chouette projet à mener pour entraîner une équipe derrière. En plus, on travaillait en étroite collaboration avec l'équipe médicale aussi. Puis c'est rigolo, car les autres, ils ne comprenaient rien (rire). Il y avait ce truc aussi où on était un peu dans notre bande de protocoles de coopération puis on voyait bien que les autres ne comprenaient pas du tout ce qu'on faisait, voilà. Je ne connaissais pas du tout et j'ai beaucoup potassé sur le sujet, toutes les différentes étapes pour arriver jusqu'au bout. C'était passionnant.

⇒ En parlant des étapes, pourriez-vous me les décrire ?

Bah, on a démarré de rien. Il y a eu toute la période d'attente. Parce qu'en fait, on a démarré, on faisait de l'éducation thérapeutique. Il a fallu qu'on trouve un partenaire, on a sélectionné nos partenaires, des balances connectées par exemple. On a reçu avec le chef de service plusieurs prestataires donc on a choisi la solution qui nous semblait la plus adaptée à nos patients. Donc il y a eu cette période-là. On a commencé la télésurveillance, donc ça a duré un petit moment.

Et c'est surtout que, pendant cette période, on ne pouvait rien faire d'autres. Il a fallu attendre au mois de septembre que l'infirmière puisse être inscrite au DU d'insuffisance cardiaque et de terminer jusqu'en juin l'année d'après, d'avoir ce fameux DU. Pendant toute cette période, il y a eu les cent consultations de compagnonnage en même temps que le DU. On a fait le compagnonnage en même temps que le DU. Les filles, elles ont eu un peu peur au début. À la fin, elles étaient deux mais heu.. L'histoire de la titration, c'était assez compliqué. Le médecin que vous avez vu juste avant fait de la titration, mais on a beaucoup d'anciens cardiologues qui ne font pas vraiment ça. Ils ont tendance à hospitaliser leurs patients et ils démarrent les traitements et ils voient comment ça se passe sur deux-trois jours. Alors que les plus jeunes médecins justement, changent de traitement, les font revenir le lendemain ou le surlendemain et font vraiment ce qu'on appelle de la titration en externe. Les anciens non pas trop... On les hospitalise une semaine et on voit comment ils se comportent. Et puis si ça va mieux à la fin de la semaine, on les fait rentrer à la maison.

Ça n'a pas été simple de faire le compagnonnage, mais elles le savaient, car la plupart étaient des infirmières de cardiologie et elles avaient quand même cette crainte malgré la formation. Ce n'était pas rien de donner des tonicardiaques très sereinement. Donc du coup, une fois qu'elles ont été validées, il a fallu commencer et ça, ça a été un grand pas en avant de faire ces consultations de titration. Elles ont mis un petit moment. Enfin, la première a mis un petit moment à se lancer, elle avait très peur. Elle a presque attendu que l'IPA finisse sa formation.

On sentait qu'elle était terrorisée à l'idée de faire ça toute seule, de faire des bêtises. Ce qui tombe bien, c'est que l'IPA, elle aussi qui avait suivi toute la formation, est sortie et donc du coup, elles ont pu faire les choses à deux. C'est Maeva⁹⁰ dont je parle, pour qui ça a été un peu compliqué et ça y est. Mais là, elle est en arrêt depuis deux mois, mais elle va revenir (rire).

Voilà, donc ces étapes, elles sont très marquées et très longues. On ne peut pas heu... On ne peut pas les pousser. À un moment donné, j'ai fait venir Anne (de l'établissement initiateur).

Je lui ai dit « Anne, essaie de la rassurer, je vois bien qu'elle a la trouille malgré la formation, malgré le compagnonnage, je sens que... ». Anne est venue, elle a expliqué que c'était normal, que ses infirmières aussi avaient eu aussi ce ressenti, mais bon. Donc c'est vrai qu'on a reperdu deux mois sur cette peur. Elle ne se sentait pas à l'aise. Elle a ensuite été accompagnée par l'IPA. Elles ont commencé les consultations à deux. Et là, j'en ai une troisième du coup qui termine, parce que Marie a eu l'autorisation d'avoir double casquette, de faire IPA et le protocole. Et donc du coup, Sophie⁹¹ a le DU et elle termine son compagnonnage, car elle n'a pas eu le temps de tout faire. Elle était sur un autre poste en plus donc c'était un peu compliqué, elle n'a pas eu le temps. Elle va se lancer dans la titration début juin, elle va commencer aussi.

⇒ **Du coup, ça a mis du temps ?**

Oui, ça a mis presque deux ans. Ah oui, je ne vous ai pas précisé, c'était très drôle. Enfin, ce n'était pas drôle du tout, mais Marie est partie à l'école. On avait Séverine⁹², une super infirmière qui avait accepté. Elle est sortie de la formation du protocole et est venue me voir en me disant qu'elle avait trop de responsabilités. « Je suis désolée, donc j'arrête ». On a dû attendre l'arrivée de Maeva qui était en train d'exercer son art à Montsouris et attendre qu'elle arrive. Elle nous a dit qu'elle était intéressée donc elle est revenue. Donc rebelote, formation, un DU, ce sont des années universitaires donc on a perdu un an dans cette histoire. Donc oui, on a bien perdu deux ans.

⇒ **Quels seraient les freins que vous avez pu identifier ?**

La longueur de la formation pour valider. Il y a le DU, la formation à Picpus, l'AFGSU, en période Covid, c'était facile comme tout pour l'AFGSU. Donc il fallait avoir tout ça à jour. Donc on avait plein de freins.

⇒ **Que pourriez-vous dire sur la gestion administrative pour la déclaration des équipes et des pièces justificatives ?**

Franchement, la gestion des documents c'était plutôt simple. Après, la personne qui est référente s'occupe de ces protocoles de coopération. Elle s'occupe d'accompagner les équipes pour mettre en place ces protocoles. Donc elle s'occupe de toute la partie administrative. Elle décharge vachement les cadres de proximité là-dessus. C'est elle qui prend le relais. Nous, il n'y avait personne pendant cette période-là, mais là, il y a quelqu'un et c'est sur elle que retombe toute cette partie administrative.

⇒ **Avez-vous été amenée à devoir créer des outils ?**

Non pas du tout, c'est l'établissement initiateur. On a collaboré avec eux. Alors bien sûr, il nous envoyait bien gentiment tous leurs outils, toutes leurs ordonnances, tous leurs consentements. On avait le même outil informatique et les informaticiens ont travaillé comme des bêtes, c'était horrible, c'était très compliqué apparemment. Ils sont venus installer le logiciel ici. Il y a eu des outils adaptés et on les mettait juste à notre goût. Toutes les ordonnances tout ça, on les faisait avec notre logo, mais voilà. Le fond est resté le même.

⇒ **Y a-t-il tout de même eu un travail avec les équipes ?**

Le flyer c'est tout. On a fait notre flyer, notre carte de visite, mais vraiment sur le fond, les outils de travail au quotidien, on a pris sur l'établissement initiateur.

5-En quoi le développement de protocoles de coopération peut-il être une plus-value pour un service de soins ou pour l'établissement ?

Je dirais que c'est... Ceux qui en parlent le plus, ce sont les docteurs. À chaque congrès, « nos infirmières font le protocole de coopération ». Elles n'ont jamais autant été conviées à des congrès.

Et quand vous êtes derrière un chariot et que vous vous occupez de votre patient, on ne vient jamais vous chercher pour vous demander ce genre de choses.

⁹⁰ Le prénom a été changé

⁹¹ Le prénom a été changé

⁹² Le prénom a été changé

Il y a quand même une reconnaissance de l'équipe médicale qui est très importante. Et de l'encadrement aussi, parce qu'on est fiers. Mais il y a une grande reconnaissance de l'équipe médicale. C'est d'ailleurs pour ça que ça n'est pas facile pour elles. D'ailleurs, l'infirmière qui est partie, elle en a beaucoup souffert. Elle n'aimait pas le regard de ses collègues, elle ne supportait pas. Elle disait qu'elle n'était pas faite pour faire ça.

⇒ **Vous voulez dire que le regard des autres membres de l'équipe avait changé ?**

Ouais, oui. Parce que quand vous êtes derrière un chariot à trimer toute la journée et que vous vous retrouvez du jour au lendemain derrière un bureau où la porte elle est fermée. Bon, vous allez de temps en temps au lit du malade pour l'éduquer, pour l'informer mais... Vos collègues qui sont debout depuis 7h30, qui n'ont pas le temps de boire un café, elles vous considèrent comme quelqu'un de planqué. Ça, ça a été compliqué au début, c'est aussi une des raisons pour laquelle Séverine a arrêté. Et c'est aussi pour ça quand on a créé le protocole et le job des infirmières de coordination parce que tout est un peu né en même temps. Ça fait cinq ans que ces postes-là sont fléchés. Avant ça n'existait pas, il n'y avait pas tout ça. Elles font des interventions très régulières dans les services pour former le personnel. Celle de l'assistance cardiaque va former le personnel pour montrer comment fonctionnent les machines. Celle de la transplantation cardiaque va former pour montrer pourquoi donner les immunosuppresseurs à huit heures et non pas à douze heures. Et pareil pour le protocole de coopération, elles font souvent des interventions et expliquent ce qu'elles font. Parce qu'elles ont besoin de reconnaissance aussi de leurs pairs et si on les laisse dans un bureau fermé avec télésurveillance derrière, je peux vous dire que ça ne va pas marcher. Il faut faire hyper attention. Donc oui, la reconnaissance de leurs pairs, je crois qu'elles ne l'ont pas trop encore. C'est moins pire, on a démarré de très bas. De leur encadrement, elles ont forcément de la reconnaissance, car forcément, on sait ce qu'elles font. Des médecins, pour une fois, je trouve qu'elles en ont plus en tout cas.

⇒ **Quel est l'objectif de développer des protocoles de coopération ?**

Pour moi, c'est la prise en charge de qualité qui est plus importante pour le patient. C'est-à-dire que nous, clairement, le but du jeu, c'était ... d'éviter au patient de passer par les urgences, d'arriver à le stabiliser et l'améliorer à la maison pour lui éviter de venir à l'hôpital. C'est-à-dire que l'infirmière, le malade l'appelle et lui dit « je suis dyspnéique, j'ai mes chevilles gonflées, les jambes gonflées, j'ai pris deux kilos, ça ne va pas ». Qu'est-ce qu'elle fait l'infirmière ? Elle prescrit directement selon le protocole un bilan. Le malade va se faire prélever. Elle reçoit les résultats et si ça ne va pas du tout, je dis n'importe quoi, elle prescrit des diurétiques, elle augmente ça ou si vraiment ça ne va pas, elle le fait venir directement en consultation d'urgence. Elle lui change ses traitements et si ça ne va encore pas, elle a un médecin sous le coude. Et si vraiment ça ne va pas, on l'hospitalise. Donc premièrement, on lui fait éviter de passer aux urgences et deuxièmement, on le suit à la maison pour lui éviter de venir à l'hôpital. Sujet principal, c'est ça. C'est l'amélioration de la qualité des soins et de lui éviter de venir ici tous les quatre matins d'autant plus dans la période que l'on vient de vivre où il ne fallait absolument pas qu'ils viennent à l'hôpital.

⇒ **Pour les paramédicaux, qu'est-ce que cela a apporté ?**

Moi, je trouve que c'est un travail... C'est passionnant. C'est un travail intellectuel beaucoup plus que physique pour le coup. Les filles sont passionnées par leur spécialité. Après voilà, il faut bien connaître, c'est un vrai sujet. Il faut bien maîtriser. Tout le monde ne peut pas faire... « Tiens, je vais faire un protocole de coopération d'ortho, de pansements ». Il faut être spécialisé dans sa spécialité pour se lancer, mais c'est passionnant. Tous les jours on apprend. Pourquoi ? Parce qu'on est en contact étroit avec l'équipe médicale donc je ne dis surtout pas que les infirmières deviennent de mini-médecins loin de là. Dans leur champ de compétences, elles vont les développer comme elles ne le feront jamais en restant au lit du patient. Et il en faut. Il ne faut pas que tout le monde fasse des protocoles de coopération. Il faut qu'il nous reste des infirmières pour s'en occuper.

6-Selon vous, y a-t-il des conditions nécessaires pour développer un protocole de coopération ?

Il faut avoir un besoin et avoir pour moi un axe d'amélioration. Après, je ne connais pas bien les autres spécialités. Il y a peut-être des spécialités où il faut vraiment qu'ils voient un docteur. Il faut qu'il y ait un besoin et que ça soit possible.

Nous, on nous a demandé de faire ça et il a fallu qu'on réfléchisse sur la faisabilité. On a sacrifié l'infirmière d'ETP en lui disant qu'on la transformait. Je me souviens, la toute première fiche de poste que j'ai faite, c'était « télésurveillance et ETP ». Maintenant, le mot « ETP » a disparu.

7-Pouvez-vous me décrire les étapes que vous avez suivies pour développer ce protocole de coopération ?

Non posée car déjà répondu

8-Quelle a été la communication concernant l'information et le développement des protocoles de coopération ?

C'était surtout sur des réunions de service. C'est venu beaucoup de l'équipe médicale. En tout cas, eux ont annoncé beaucoup dans des réunions médicales auxquelles les infirmières ne vont pas. D'ailleurs, ni l'encadrement. Nous, au niveau de l'encadrement, on a fait venir cette infirmière pour qu'elle explique aux autres cadres son quotidien et son travail. Et ce que je disais tout à l'heure, il a fallu que cette infirmière aille dans les trois services de cardiologie, qu'elle explique ce qu'elle faisait. Et très important, tous les six mois, aller se présenter aux internes et intervenir lors de la réunion d'accueil des internes. Parce qu'en fait, ce protocole-là, il faut que ça soit un médecin qui le déclenche. Il faut qu'un médecin dise que le patient a besoin d'une télésurveillance et il aura besoin de titration. C'est un point de départ, c'est une demande médicale. Donc si l'infirmière n'est pas connue de l'équipe médicale, il ne se passera rien, elle va vraiment rester dans son bureau toute la journée. De toute façon, voilà, comment on s'est fait connaître : présentation à l'équipe médicale, l'équipe médicale a aussi elle-même présenté à ses pairs. L'encadrement a pareil des réunions et surtout l'infirmière qui se présente et qui explique son travail à ses propres pairs.

9-En tant que cadre de santé, comment avez-vous procédé pour impliquer et faire participer les professionnels paramédicaux au projet ?

Alors elles n'étaient pas toutes motivées. Celle qui a été formée avant son départ IPA parce qu'elle dit oui à tout... Le chef de service était venu la voir à dix-neuf heures un soir où elle était encore là en lui disant « tu devrais faire ça, c'est génial ». Donc elle s'est inscrite, enfin, on l'a inscrite à la formation parce qu'elle ne l'a pas fait toute seule. Elle a dit, « bon, il y a de la lumière, je vais voir et je vous raconte ». Donc elle a suivi cette formation à Picpus, elle a fait son compagnonnage. Après, une fois qu'elle est partie, les autres infirmières, la deuxième, donc Séverine était une infirmière de cardiologie qui était beaucoup plus intéressée par l'éducation thérapeutique. Elle, en effet, il a fallu du jour au lendemain lui dire « maintenant, il va falloir que tu fasses un DU parce qu'on va faire de la coopération ». Donc au début, elle a dit oui, mais quand elle s'est rendue compte de la difficulté, elle s'est dit, « je ne vais jamais arriver à suivre, c'est pas pour moi ». Puis, on a publié cette fiche de poste. Quand elle a décidé de partir, notre monde s'effondrait. Parce que Marie terminait sa première année d'IPA, on n'avait plus personne. Tout s'effondrait. On a publié une fiche de poste « protocole de coopération ». Je savais que je perdais mon temps, mais en fait, ça s'est fait de bouche à oreille. Une collègue de cardio a parlé à Maéva qui venait de partir à Montsouris et puis qui est venue gratter à la porte en disant « je suis passionnée de cardiologie, c'est vraiment ce que je veux faire, est ce que je peux venir ? ». On l'a rapatriée en 15 jours, c'était... (rire). On a demandé en cardiologie et personne ne voulait se lancer.

⇒ Peut-on parler de résistance au changement ?

Je ne pense pas. Je pense qu'à ce moment, c'était une équipe qui allait très bien. De toutes jeunes diplômées qui s'entendaient très bien. En fait, elles n'avaient pas envie de se quitter. On est tombés dans cet instant T, vraiment dans cet instant T. Maéva est arrivée et effectivement et elle a très bien communiqué son travail. Elle, très rapidement, six mois après est arrivée à quatre-vingts malades et une autre de ses collègues du plateau technique, juste à côté, qu'elle connaissait bien est venue nous solliciter en nous disant que sa collègue aurait besoin d'aide et qu'elle était partante pour faire le DU. Ça s'est fait comme ça. Elles sont venues à nous.

⇒ Vous n'avez donc pas eu besoin de motiver et d'impliquer les professionnels ?

Non, pas du tout. Puis même quand je pense à un autre protocole de coopération dans un autre service, une collègue a dit « tu es débordée, je viens avec toi » et ça s'est fait comme ça. C'est un petit monde. Les trois unités de cardio sont toujours ensemble. C'est du personnel très mobile d'une unité à l'autre, elles se connaissent toutes très bien.

10-Quels ont été les critères de détermination de l'équipe paramédicale déléguée ?

Oui, (rire). J'ai eu d'autres... Vous me faites penser, j'en ai eu d'autres qui m'ont sollicitée, d'autres services. Heu... Alors il y avait des incompatibilités de caractères tout de suite. Alors ça, j'ai filtré immédiatement. J'ai reçu deux candidates et heu... Une avec un caractère, c'était une cheffe de l'armée russe. Très autoritaire, me disant que la coro elle connaissait par cœur. Elle travaillait au plateau technique invasif, elle faisait monter le rythme cardiaque par stimulation à deux cents battements par minute. Elle guidait les médecins qui n'arrivaient pas à faire leur coro. Donc, je l'ai vue deux fois, j'avais déjà un ressenti. Je l'ai présentée à l'infirmière en poste qui m'a regardé très rapidement avec des yeux... Mon ressenti était le sien donc on n'a pas donné suite à ce recrutement.

La seconde clairement, c'était pour les horaires et ça l'intéressait pas plus que ça, mais il fallait absolument qu'elle change d'horaires parce qu'elle ne pouvait pas s'en sortir avec ses enfants si elle restait en salle : dans une salle qui n'était pas de la cardiologie, mais une spécialité toute différente. Ça en revient à dire ce que j'ai dit tout à l'heure. Vous ne pouvez pas si vous venez de chir ortho, venir faire de la cardiologie et faire un protocole d'insuffisance cardiaque grave comme ça du jour au lendemain sans aucun passage en salle.

Les compétences en cardio sont indispensables puisque vous allez devoir suivre un DU en insuffisance cardiaque. Moi, je mets tout le monde à l'épreuve, même moi, je ne serais pas capable de le faire. Après le recrutement, moi ça fait quinze ans que j'en fais. Je pense que c'est l'exercice le plus difficile à faire. Depuis le temps que j'en fais, j'en fais que d'une façon, ce n'est quasiment qu'au feeling. Ça passe ou ça ne passe pas. Si ça ne passe pas voilà. Et même parfois quand ça passe, on se plante. Mais quand même, on arrive assez, je trouve, à bien voire en cinq minutes la motivation des gens. Et puis on regarde les qualités relationnelles bien évidemment. Ce sont des personnes qui vont être plus que sollicitées par des patients, elles vont avoir plus de cinquante coups de téléphone par jour. Si ce sont des gens super émotifs, mal organisés... Je leur disais toujours qu'il ne faut pas avoir peur de travailler seule. Je leur avais dit que c'était aussi difficile que de prendre un poste d'encadrement. Vous êtes cadre du jour au lendemain, on vous met dans un bureau, vous n'avez envie que d'une chose, c'est de répondre aux sonnettes, ça va être exactement la même chose. Vous allez vous retrouver devant un ordinateur avec des patients qui vont appeler. Il faut être organisée et ne pas avoir peur d'être seule.

11-Que pouvez-vous me dire concernant la satisfaction des équipes paramédicales et médicales ?

Ça se passe très bien, les médecins sont très fiers, ils font bien marcher leur boutique. Ils ont tout un suivi. En fait, on fait partie d'une cellule d'expertise d'insuffisance cardiaque sévère. Chaque groupe hospitalier a sa CEXICS, donc ses infirmières de coordination et ses médecins délégués. Donc tous les 3 mois, les CEXICS de [la région] derrière un zoom partagent leur expérience, leurs chiffres. Donc tous les chefs de service et vous l'imaginez bien, sont très fiers et c'est normal, c'est très bien. Ils parlent de leurs équipes, de ce qui a bien été, de leurs difficultés aussi.

⇒ Que souhaitent les médecins au travers du déploiement de ce protocole ?

Ils cherchaient la qualité des prises en charge et la diminution des hospitalisations et de leurs sollicitations et consultations. Il y a aussi toute la partie titration que l'infirmière leur reprend. Eux, ils ont une baisse des consultations, ça leur libère du temps.

⇒ Concernant les paramédicaux ?

Elles sont satisfaites d'avoir développé leurs compétences et puis ce sont des postes dédiés, elles ne font que ça, elles ne sont plus dans les services. On n'a pas changé les horaires, on avait discuté à un moment de les passer en neuf heures mais les médecins se sont assez adaptés pour pas mettre de staff trop tard le soir. Elles sont aussi contentes pour ça, elles ne bossent pas le week-end ni les jours fériés.

12-Qu'en est-il de la satisfaction des patients ?

Ils adorent ! Ils sont hyper satisfaits ! Pourquoi ? Parce qu'ils vous appellent entre neuf et dix-sept heures quand ils veulent. Il y a toujours quelqu'un qui décroche. On n'appelle pas le docteur, mais on appelle l'infirmière. Ils sont rassurés tout de suite, ils sont en confiance la plus totale. Quand il faut les sortir du protocole et que la titration est terminée et qu'ils n'ont plus besoin de télésurveillance... Là, il faut ramer hein... « Non, non, ça ne va pas trop, il faut quand même qu'on me surveille ». Ils sont très en sécurité, ils ont un pied à l'hôpital en permanence. Des fois, ils appellent juste pour dire « je suis en vacances, j'ai mangé trois huîtres, est-ce que vous pensez que ça va le faire ? ». Oui, les patients sont hyper satisfaits parce qu'ils savent très bien qu'ils vont avoir quelqu'un pour les rassurer immédiatement, et même les soigner immédiatement. Par exemple, leur envoyer un bilan, ils font le bilan, c'est renvoyé immédiatement et le soir même, ils ont un médecin en ligne. Puis le soir même, on les attend en cardio si ça ne va pas. Ils sont très en sécurité.

⇒ Avez-vous eu des patients réticents ?

Ah non. Après les filles, elles choisissent leurs patients. Elles ne font pas rentrer de patients déments, avec qui elles ne parlent pas la même langue. Il y a des critères pour rentrer dans le protocole.

⇒ Est-ce que vous avez travaillé avec le médecin pour la mise en place de ce protocole ?

Heu... Non parce qu'on a pris celui d'un autre établissement et il n'y avait aucune prise en charge médicale qui différait de... C'était exactement les mêmes patients. On n'avait pas des cohortes de patients différents.

⇒ Avez-vous fait des réunions avec les médecins ?

Ah oui, on a fait des réunions de mise en place. Le chef de service tout le temps. Ça a été vraiment lui qui a fédéré l'équipe. Le médecin que vous avez vu juste avant essayait aussi de se libérer le plus possible.

⇒ Comment voyez-vous la collaboration médecin-cadre ?

J'ai toujours trouvé ça génial. Moi, j'ai toujours travaillé comme ça. Le binôme managérial... J'ai toujours travaillé comme ça même il y a quinze ans, depuis tout le temps.

Peut-être pas aux urgences, c'était plus compliqué, mais j'ai toujours travaillé avec le médecin main dans la main. Vous ne tenez pas une équipe si vous êtes contre votre chef de service ou si lui ne partage pas du tout la même façon de faire.

Moi, j'ai toujours, enfin, il faut tendre vers ça. Pour moi, vous ne serez jamais bien dans un service si vous ne vous entendez pas avec votre chef de service. Alors, il n'y a aucune autorité l'un sur l'autre, lui n'a aucune autorité hiérarchique sur vous. Heu... Mais si vous ne partagez pas les mêmes valeurs, si vous n'êtes pas d'accord sur les directions à prendre, si vous ne pouvez pas le voir ou qu'il ne peut pas vous voir, c'est impossible. Il faut changer, ça ne sert à rien, vous perdez votre temps. Et pour ce genre de projets et pour tout le reste.

Il ne va pas vous aider dans le recrutement, il ne va pas vous faire des cours pour que les infirmières restent et gagnent en compétences. Tout va être compliqué, tout va être une montagne à soulever. Donc non, le binôme managérial, il est indispensable.

13-Comment voyez-vous l'avenir du système de soins et la place des protocoles de coopération dans les établissements hospitaliers ?

Hum... (silence) Le système de santé... Je ne sais même pas quoi vous dire... Je n'ai pas d'idées parce que... je ne sais pas. Je serais bien malheureuse si j'étais au ministère. Je ne sais pas ce qu'il faut faire pour que l'hôpital se relève. (souffle). Moi, je suis admirative des gens qui veulent faire l'école des cadres encore maintenant (rire), faire l'école d'infirmière. Il y a vingt ans, je venais en sifflotant, je venais en tant que cadre, j'adorais ce que je faisais et je trouve que c'est de plus en plus... Je ne veux pas que mes enfants mettent les pieds à l'hôpital. C'est impossible. C'est devenu un monde, on parle de bientraitance, soit il n'y en a plus du tout nulle part, en tout cas, ce n'est pas à l'hôpital qu'il y en a. En tout cas avec les patients, je le souhaite encore, en tout cas avec les personnes qui y travaillent, je ne crois pas. Quand vous êtes amenée à quatre fois par semaine à changer le planning d'une infirmière et qu'elle a juste à vous dire « oui madame » parce que sinon il n'y a personne pour s'occuper du patient le lendemain, je n'appelle pas ça de la bientraitance. Les cadres on n'en parle pas et après, c'est encore pire. Donc le système hospitalier, il est très malade, très très très malade. Je n'ai absolument aucune idée comment faire pour le relever à part tout démolir et tout recommencer à la base, mais je n'ai pas les compétences pour ça.

Justement, les protocoles de coopération et les infirmières de coordination, c'est pareil, c'est de plus en plus indispensable. Comme les IPA le seront, parce que ça évite aux patients de venir à l'hôpital. Il faut développer, enfin je pense, le plus possible l'ambulatoire, toutes ces personnes qui seront joignables par le patient de l'extérieur qui vont leur éviter de passer du temps ici. De toute façon, plus personne ne veut venir travailler à l'hôpital, plus personne ne veut travailler la nuit ni le week-end. Le seul truc, c'est qu'il ne faut pas se faire opérer d'une transplantation cardiaque. Le transplant en ambulatoire, on ne va pas y arriver, ça va être compliqué (rire). Là on va atteindre nos limites. Mais il faut développer tout ce qui va ouvrir vers l'extérieur. Les protocoles en font partie, ça va grandir. Dans les réunions, c'est ce qu'on entend, ils veulent développer au max l'ambulatoire, au max les HDJ, les hôpitaux de semaine parce qu'à priori, ils arrivent encore à trouver un peu de personnel de nuit la semaine. Heu... Il va falloir quand même que les patients soient en sécurité à un moment donné parce que... C'est vrai que pour plein de raisons, ça leur évite le passage aux urgences. À un moment, ils vont venir à l'hôpital, mais on peut les stabiliser à la maison. Après, il faut mettre plus d'infirmières libérales ou de maison de santé. L'hôpital, il faut que ça devienne un monde de spécialités, un monde de... enfin... Il faut trouver des gens qui veulent bien y travailler.

⇒ Un protocole de coopération a-t-il des limites ?

Pour tout non. Une fois qu'on aura balayé les pathologies chroniques, sur l'aigu, il faudra une prise en charge médicale. En y réfléchissant, toute seule, je ne l'aurais pas fait. Mais avec les aidants que l'on peut avoir... Nous, on en a deux. Un surtout qu'on aimerait développer sur les INR pour toutes les infirmières de coordination cardiopathies congénitales et d'assistance cardiaque, elles voudraient bien développer un protocole de coopération sur la surveillance d'INR. Donc, je pense qu'on va partir pour le faire, mais on a de la chance d'avoir notre référente pour nous aider. Je pourrais le faire, mais encore une fois sur un poste en transversal.

Un cadre sur une unité de soins qui a ses plannings à gérer, je suis désolé de parler de plannings, je n'en ai jamais autant parlé que maintenant, mais c'est une réalité. Gérer son absentéisme gérer son planning... Si vous lui dites qu'il faut créer un protocole, il va se dire « ouais... super, par où je commence ? ». C'est un gros projet qui demande du temps. Si vous êtes seul et que vous n'avez pas d'aidant, au niveau de la direction des soins par exemple (souffle), il faut être solide. Vous avez la chance d'avoir un poste en transversal, mais il n'y en a pas beaucoup. Voilà !

14-Y a-t-il des éléments supplémentaires que vous souhaiteriez aborder pour cette fin d'entretien ?

Je pense que je vous ai tout dit, en tout cas, c'était très intéressant de répondre à vos questions.

Je vous remercie pour votre participation ainsi que pour le temps consacré à cet entretien.

Annexe 7 - Retranscription de l'entretien du médecin - Binôme 2

Date et heure	05 avril 2023 à 14h
Durée de l'entretien	38 minutes
Année de diplôme	2009
Type d'établissement	CHU
Ancienneté dans le service / protocole de coopération	1 an

Protocole de coopération :

Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télé-médecine des patients traités pour insuffisance cardiaque par un(e) infirmier(e)

Présentation :

Oui, je suis cardiologue depuis un petit bout de temps, j'ai passé ma thèse en 2009. Voilà, j'ai fait d'autres choses après, des diplômes de master 2, des diplômes de thèses de sciences et d'habilitation à diriger la recherche donc c'est mon dernier diplôme. Là, je suis responsable de l'unité médico-chirurgicale d'insuffisance cardiaque sévère auprès de patients insuffisants cardiaques sévères par définition exclusivement. Je travaille dans ce service depuis 3 ans. Depuis très peu finalement, mais malgré tout voilà, ça a bien pris les uns et les autres donc finalement les choses se sont faites vite et bien. On fait de très belles choses.

1-Pourriez-vous m'expliquer la place occupée par les médecins dans la politique institutionnelle de l'établissement ?

Alors je vais parler en mon nom, donc étant responsable d'une unité fonctionnelle qui est particulière parce qu'elle est à la fois ... médicale et chirurgicale. C'est dans son intitulé que ça a du sens. C'est-à-dire qu'en théorie, j'ai deux chefs de service et globalement encore quelqu'un au-dessus qui est le chef du pôle qui a pris la gouvernance de cette unité. Heu... On est très écoutés alors ... C'est une unité qui est très spéciale, qui rapporte beaucoup. Donc comme unité qui rapporte beaucoup, à mon avis, il y a une attention particulière qui est apportée et donc on accède relativement assez facilement à nos demandes. Je dis assez relativement facilement ... Car en termes de ressources humaines, ce n'est jamais assez. La politique de faire plus ou pareil alors que les gens s'en vont et qu'on est de moins en moins reste quelque chose. Mais globalement, on est assez gâtés, je trouve, sur le matériel et on est assez gâtés sur les conditions de travail. On est assez gâtés sur nos demandes pour les initiatives. Elles sont encouragées que ça soit les initiatives locales, d'amélioration du parcours de soins ou des initiatives plus scientifiques. Globalement, il y a assez de possibilités.

2-Comment avez-vous connu le dispositif des protocoles de coopération ?

Dans le vif du sujet, en arrivant ici et en commençant l'insuffisance cardiaque sévère. Je faisais avant de la cardiologie un peu plus générale et une spécialité un petit peu en marge qui s'appelle l'hémostase appliquée à la cardiologie. Donc l'insuffisance cardiaque finalement, même si tout le monde en entend parler, pour en avoir fait mon métier, ça date d'il y a trois ans et donc c'est en commençant dans cette unité que voilà... J'en ai entendu parler. Je n'en avais pas entendu parler avant. Avant, j'étais dans les hôpitaux militaires, j'ai une formation de médecin militaire donc je n'en avais pas entendu parler avant. Tout est assez nouveau pour moi. Maintenant, les protocoles de coopération, je sais ce que c'est, j'en entends parler depuis trois ans.

⇒ **Auprès de qui vous en avez entendu parler ?**

J'en ai entendu parler par les équipes parce que c'est notre travail au quotidien finalement. Donc, nos infirmières, nos cadres de proximité, les différents médecins chefs de service des autres services de cardiologie qui nous ont mis dans le bain tout de suite sur le protocole d'insuffisance cardiaque. Voilà, ils nous ont d'emblée considérés comme devant faire partie d'un protocole.

⇒ **Vous voulez dire que c'est une demande externe ?**

Oui, ça ne vient pas... Donc sur l'historique, moi, je ne suis pas arrivée en disant « je veux faire ça », c'était déjà un peu en place et bon, on l'a développé, on l'a un peu assis. On l'a développé en essayant de mettre du monde dedans. Voilà, répondre à toutes les invitations, encourager tout ça. À chaque fois, en le prenant très au sérieux et en y allant. Mais c'est vrai qu'au départ, ce n'est pas nous qui avons mis ça sur la table.

3- Selon vous, l'institution a-t-elle un rôle à jouer dans le développement des protocoles de coopération ?

Oui, évidemment. Je pense que tout ce qui est sur le travail d'homogénéisation des pratiques, de meilleures coordinations des pratiques. De rassembler, coordonner les différents acteurs de soins en enlevant un petit peu tous ces clivages médecins, infirmiers, cadres et cetera. En incorporant la place de ces nouveaux métiers paramédicaux infirmiers. Oui, je pense que ça doit être maintenant la façon de fonctionner. Quand voilà, il y a des protocoles qui existent, qui arrivent ailleurs et arriver à les mettre pour évidemment les implanter ; je pense qu'il faut absolument structurer les choses. Ce n'est pas possible que chacun travaille trop différemment. Il faut appliquer et adapter ces protocoles-là aux ressources locales. Qu'elles soient à l'environnement local, qu'il soit organisationnel ou humain mais en tout cas je pense qu'il y a un rôle, oui, de l'administration d'implanter ça, clairement, oui. Il y en a plusieurs en cours dans différentes spécialités, dans différents domaines. Hum... J'ai l'impression en tout cas, l'énergie que mettent les cadres à ce que ça soit appliqué, si en effet chacun, chaque cadre et chaque service essaie de faire pareil, je pense que ça peut en effet faire bouger les choses. Et j'ai l'impression qu'il y a déjà du côté de l'administration une volonté de le développer.

⇒ À votre avis, quelles sont les raisons pour les directions de développer des protocoles ?

Je pense que c'est une épargne quelque part. Heu... que c'est rentable entre guillemets. Je pense que c'est un investissement pour l'avenir. Probablement qu'au départ, il faut aligner des choses, mais qu'une fois qu'on rentre dans ce protocole, on a aussi droit à des choses. Donc à mon avis, c'est gagnant-gagnant. Premièrement, de ce point de vue-là. Deuxièmement, pour le recrutement, pour recruter du personnel, je pense que c'est aussi extrêmement motivant d'être dans ce genre de protocole. D'attractivité motivante... C'est aussi garant d'un encadrement je pense. Ça peut jouer sur l'attractivité et puis après sur la fluidification des parcours de soin. Je pense à la qualité des soins aussi. Pour le dire dans le cadre de la télésurveillance, c'est une donnée scientifique pour la télésurveillance. Elles ne sont pas aussi extraordinaires qu'on veut le penser, c'est-à-dire que faire une télésurveillance à un insuffisant cardiaque ne réduit pas la mortalité hein... Mais néanmoins, c'est dans les recommandations. Donc je pense que sur la qualité des soins c'est quelque chose. Et une diminution des hospitalisations pour insuffisance cardiaque et la satisfaction des patients. Ils sont tous extrêmement satisfaits. Donc pour moi, il y a peut-être ça. De leur côté, je ne connais pas des choses à investir au départ. Je ne peux pas mesurer quel est cet investissement. Néanmoins, je pense qu'à la fin, c'est au moins gagnant-gagnant.

4- Quel protocole de coopération avez-vous été amené à développer ?

Le protocole de télésurveillance et consultation en éducation thérapeutique, titration de médicaments pour des patients en insuffisance cardiaque.

5- Selon vous, y a-t-il des conditions nécessaires pour développer un protocole de coopération ?

Alors... J'imagine qu'il y a des réponses justes et des réponses fausses ? **[Non pas du tout, l'objectif est de recueillir vos impressions et d'obtenir des réponses sur la manière dont le protocole a été développé].**

D'accord, okay ! Bah, je pense qu'il faut un cadre réglementaire, en tout cas une trame, un cadre. Qu'il y ait dans ses grandes lignes des objectifs clairement définis, les moyens clairement identifiés, jugés pour pouvoir obtenir ces objectifs. Je pense qu'il faut aussi une évaluation de ce qu'on a à faire parce que sinon on n'avance pas. Voilà, je pense que c'est en définissant ... heu ouais. (Silence)

⇒ Pour développer un protocole de coopération y a-t-il des attentes particulières ?

Il faut aussi des moyens humains et des moyens matériels. Je vais me replonger quand on a développé le nôtre... Une adhésion de l'ensemble de l'équipe au projet. Au final, je pense en effet qu'il faut que chacun s'y retrouve, à la fois d'un côté intellectuel, attractif et cetera, mais aussi d'un côté... Bah, que ce soit une plus-value en fait. Je crois ... Plus que « juste ça me va », qu'il y ait une plus-value, je pense qu'il faut qu'il y ait reconnaissance avec déjà une étiquette et une fonction bien particulière peut-être. Après, une valorisation très probablement aussi. Voilà, je suis du genre à dire que tout travail qui est fait en plus, doit rapporter. Je suis comme ça.

⇒ Qu'évoque pour vous la « coopération » médecin et cadre de santé dans votre quotidien professionnel et notamment dans la mise en place de ce dispositif ?

Alors cadre, c'est plutôt dire un cadre un peu plus proche. Coopération, c'est à mon avis l'écoute des uns et des autres. Je pense que ce sont les cadres qui connaissent mieux ce fameux cadre réglementaire, les prérequis et qui mettent les objectifs.

Et pour le coup, je pense que c'est plus le médecin qui va dire « ça c'est faisable, ça, ce n'est pas faisable ». Donc la coopération, c'est mettre un petit peu d'ajustement et de rondeur dans les choses. Heu... Essayez d'adapter quand même ce protocole même s'il est un peu rigide à chaque unité finalement et à chaque site et à chaque équipe. On pourrait dire que c'est un travail de collaboration parce que je pense qu'on a vraiment un qui a le côté heu... papier : il faut ça, ça, ça, limite je coche et le côté qui va dire « mais on peut pas, on ne peut plus, ça ne peut pas ». Enfin voilà, je verrai plus les choses comme ça. Complémentarité dans les objectifs. Il faut de la faisabilité je dirais.

⇒ **Dans votre quotidien, êtes-vous amenée à travailler avec le cadre de santé ?**

Un peu sur ces protocoles-là quand même, un peu sur ces choses-là. Alors ce n'est pas au quotidien, les réunions qu'on honore, pour justement, faciliter ces moments d'échange. Après, ici en tout cas, j'ai l'impression que les cadres sont beaucoup en relation avec les infirmières spécialisées. Ce sont les infirmières spécialisées qui ont finalement le rôle d'aller vers le médecin, d'écouter ce que dit l'encadrement, d'aller voir le médecin pour voir, d'aller chez nous pour nous dire des choses qu'on aimerait faire remonter. En fait, c'est plus un trio j'ai l'impression, plus qu'un duo. Comme c'est fait ici, les ISPIC⁹³ et les IPA ont un rôle assez central je pense. On leur donne du côté de l'encadrement et du côté médical pas mal de crédit et de responsabilité. Je pense que c'est elles qui piochent d'un côté et de l'autre pour faire ce protocole un peu à leur image et heu... et l'appliquer. Je trouve que c'est elles qui le connaissent le mieux et qui voient ce qui est faisable. Elles voient les limites. J'ai l'impression que c'est elles qui chapeautent et qui ont la vision globale.

6- En quoi le développement de protocoles de coopération peut-il être une plus-value pour un service de soins ?

Ah bah heu... C'est ce que je disais tout à l'heure. Ça doit être à tous les niveaux : d'attractivité, d'amélioration de la qualité des soins, de la satisfaction. Moi, j'y vois... un bénéfice à tous les niveaux. En plus, je me suis investie dedans.

⇒ **D'un point de vue médical ?**

D'un point de vue médical, c'est énorme ! La télésurveillance par exemple, c'est être en première ligne en télésurveillance chez des patients cardiaques graves qui ont un moyen à la maison de surveiller les critères, les premiers signes de décompensation cardiaque. Le critère qui est le plus sensible et le plus facile, c'est le poids. Donc on a des solutions qui sont proposées : ce sont des balances connectées et des appels. Ils ont des balances connectées, ils doivent se peser deux fois par semaine. L'infirmière prend contact s'il y a une alarme pour voir si le poids a augmenté, parce que le patient ne s'est pas pesé. Elles ont un rôle majeur de première ligne pour être en contact avec les patients, pour gérer d'un point de vue des symptômes et d'un point de vue médical. À savoir, est ce que ça relève d'un problème cardiaque ou d'autre chose et de nous trier et de nous référer seulement les cas qui posent problème. C'est vraiment un rôle majeur pour nous alléger le travail parce qu'on les a formées. Un lien très privilégié avec les malades qui sont des malades insuffisants cardiaques sévères. Heu... Ça veut dire qu'ils sont jeunes, ils ont en moyenne cinquante-cinq ans, mais ils ont besoin d'un lien avec l'hôpital. On ne peut pas leur accorder en termes de temps. Ils ont ce temps privilégié. Ça, c'est le côté télésurveillance. Elles coordonnent aussi pas mal de choses avec la ville également. Les ordonnances qu'on leur donne, ça, c'est ce côté-là. Du côté titration des médicaments, elles font une consultation de cardiologie pour certains patients dont on sait qu'ils ont été bien évalués. On sait que sur les deux mois qui suivent, tous les quinze jours, on sait qu'on va devoir monter les médicaments d'insuffisance cardiaque. On leur apprend à le faire, elles ont un algorithme, elles ont des choses, on est à côté. Ce sont des patients qui seraient sinon à notre consultation et on en a déjà beaucoup. C'est une vraie aide, un vrai gain de temps et ça avec un lien que les patients tiennent. Et un temps accordé aux malades qu'on ne peut pas accorder. Pour moi, c'est énorme, c'est énorme. Elles refont le point sur les médicaments, sur tous les aspects... « Ah, il manque une prise de sang, je vous fais une ordonnance pour lui envoyer ».

⇒ **Cela fait donc partie de leurs compétences ?**

Oui, puisque ça fait partie de leur diplôme, aux ISPIC et IPA elles peuvent évidemment faire ça. Ça fait partie de leurs compétences qu'elles apprennent à nos côtés, qu'elles valident. Après, c'est vraiment un gain de temps, un lien avec les malades qui est extrêmement précieux. Le Pr X, chef de service de cardiologie dit qu'il vaut mieux une bonne infirmière qu'un bon médecin. Globalement, en tout cas, une infirmière va prendre le temps qu'il faut et ça se ressent complètement dans les prises en charge avec une adhésion énorme des patients. Heu... que ça soit sur la pesée, sur l'éducation, sur les signes d'alerte d'insuffisance cardiaque, d'éducation thérapeutique qui font aussi partie de leurs tâches. Oui, on voit la différence.

Il y a des patients qu'on peut gérer à la maison sans les faire venir à l'hôpital, qu'elles gèrent jusqu'au moment peut-être où on les fait venir une bonne fois et pour une bonne raison, plutôt que plusieurs fois pour des raisons à moitié. Elles sont extraordinaires dans la gestion de tout ça, le lien ville-hôpital, les différents médecins. C'est très très beau. Peut-être qu'on voit aussi le bon côté, j'en sais rien, comme nos patients sont plutôt jeunes et malades. Peut-être avec tous les petits vieux du quartier, ça serait moins... Je ne sais pas. Elles se sentent investies et comprennent la mission et le vrai bénéfice qu'elles ont. Les patients, elles voient aussi que ce qu'elles font, c'est un vrai rôle dans la prise en charge.

⁹³ Infirmières Spécialisées d'Insuffisance Cardiaque

7-Que pensez-vous du fait que les professionnels paramédicaux exercent des activités/actes dédiés auparavant exclusivement aux médecins ?

Il y a le principe de réalité qui s'applique. Et la réalité, c'est qu'on ne peut pas tout faire. Voilà ! Donc, je pense qu'à condition qu'il y ait toujours un médecin référent, c'est important. Je ne suis pas du tout contre... L'exemple que j'ai là est extrêmement probant, avec à mon avis des personnes motivées, impliquées, qui ont le sens qu'en effet qu'avant, c'était un acte médical, qu'il faut faire correctement avec le médecin derrière. Moi, je suis pour. On ne pourrait pas voir tous ces malades. Elles voient des choses qu'on ne voit pas, qu'on ne voit plus (rire). Ouais. Voilà, on les a un peu formées à notre image parce qu'on leur apprend des choses, elles ont des grands garde-fous qui sont ce qu'elles apprennent dans la théorie. Au départ, on fait du compagnonnage et au final, dans cette spécialité-là et cette tâche-là, ça ne me pose pas de problèmes. Il y a en plus une confiance, si c'est avec des gens en qui ont à confiance, c'est super. On sait qu'elles connaissent leurs limites, elles peuvent venir nous demander pour être sûres. Quand elles ne viennent pas me demander, je sais que c'est parce qu'elles n'avaient pas de doutes. Et le respect de ce qu'elles font. Si on dénigre, ça ne peut pas aller. Une compétence ça s'apprend. Il n'y a pas que du talent dans ce qu'on fait (rire). Et les compétences, ça s'apprend.

8-Que peuvent apporter aux patients la réalisation d'actes/activités réalisés par des professionnels paramédicaux à la place de ceux réalisés par un médecin ?

En fait, c'est plus simple. Ils disent des choses et ça c'est vrai, différentes au médecin et à l'infirmière. C'est comme ça, c'est comme ça depuis la nuit des temps à mon avis. Donc c'est très bien d'avoir l'aspect médical et il faut. Et la relation médecin-malade est précieuse parce qu'on a des informations, mais il y a des informations qui sont délivrées à l'infirmière et qui sont toutes aussi importantes. Voilà... un lien très privilégié sur d'autres domaines, d'autres aspects.

⇒ Y a-t-il eu des patients opposés au fait que ces actes soient réalisés par une infirmière ?

Non, non, après, on a fait les choses en douceur. Elles sont venues en consultation initialement en compagnonnage. Elles se présentaient, elles demandaient si elles pouvaient rester, c'était toujours oui. Après, on a instauré ça en disant que la prochaine fois ça serait elles et ça s'est fait.

⇒ Faites-vous signer un consentement aux patients ?

Non, et je ne crois pas que ça soit nécessaire ou réglementaire sinon on l'aurait fait. Heu.. La seule chose qu'on signe c'est la liste des délégués et des délégués. Mais sinon, patients... pas à ma connaissance.

9-Quelle a été la communication concernant l'information et le développement des protocoles de coopération ?

Ça, je pense que ça a été fait avant moi, parce que quand je suis arrivée, c'était déjà un peu installé. Donc je ne sais pas pour l'initiation. En tout cas, là, bah pour les cardiologues il y a eu beaucoup de bruit sur la télésurveillance parce que, au niveau national, il n'y a plus de remboursements. Ils voulaient arrêter de rembourser, donc il y a eu vraiment des montées de boucliers de tous les cardiologues nationaux pour essayer de garder ce remboursement de la télésurveillance qui est un outil important pour nous. Donc, il y a eu un peu plus de bruit, du réseau, tous les cardiologues sont au courant de ça. Après, d'autres formes de communication ... A la faveur de tout ce bruit, il y a eu un petit film qui a été fait par l'établissement de deux-trois minutes sur le travail d'une infirmière de télésurveillance, une ISPIC et ils nous ont interviewés avec ma collègue pour nous demander le cadre un peu plus médical. Hum... Communication... Il faudrait plus demander à [la cadre] sur l'initiation. Mais après, on essaie d'en parler, je trouve qu'on en parle pas mal.

10-Comment avez-vous procédé pour impliquer et faire participer les professionnels paramédicaux et médicaux au projet ?

J'ai l'impression que ça a été assez facile de leur montrer l'utilité de cette chose-là. Dans le sens où c'était déjà appliqué ailleurs donc c'était de prendre un modèle, de le mettre chez nous mais avec des possibilités d'adaptation, des solutions de télésurveillance par exemple. Un modèle préexistant, des prérequis, mais la possibilité de le faire à son cadre et à son image. Et puis, les infirmières n'ont pas toutes été emballées par le truc.

Elles ont fait un peu de télésurveillance, elles sont parties. Enfin, on n'a pas eu que des succès hein. Il y en a aussi qui sont parties pour d'autres raisons. Mais voilà, après la sensibilisation à tous les niveaux sur ces nouveaux métiers heu... Ça suscite des envies chez certaines. Donc celles qui viennent frapper à la porte sont les plus motivées. En fait, le travail pour faire connaître, j'ai l'impression que les infirmières et les cadres connaissent mieux que nous les choses. Elles ont leurs groupes, tout ça. Elles connaissent l'existence des choses, donc ça a été une rencontre. Les uns savaient qu'on faisait. J'ai l'impression que ça s'est fait facilement.

⇒ Avez-vous perçu des phénomènes de résistance ?

Non. Après, certaines n'ont pas adhéré pour des raisons certainement plus globales. Le fait que le boulot ne plaisait pas. Enfin, il y en a eu deux-trois qui sont parties.

⇒ **Pour les professionnels paramédicaux ?**

Bah, c'est gratifiant, on développe leurs compétences. Je ne sais pas si financièrement elles ont le droit à des choses. En tout cas, nous, on essaie de les mettre en avant le plus possible. Quand on choisit une solution de télésurveillance, en première ligne, ce sont nos infirmières. Je pense que la valorisation de ce qu'elles font, c'est indispensable.

11-Quels ont été les critères de détermination de l'équipe médicale délégante ?

Finalement, c'est simple. Je crois qu'il faut être cardiologue au départ. On a un médecin généraliste, même si elle a des compétences, je crois qu'elle n'avait pas eu la possibilité de signer, enfin bref. Donc cardiologues et après dans les cardiologues, on a plein de sous-spécialités. Il y en a qui font du rythme, de la coronarographie, il y en a qui font de l'insuffisance cardiaque donc évidemment, on était dedans. Globalement, ce sont ceux qui font de l'insuffisance cardiaque. On était tous d'accord. Combien nous sommes ? On est quatre ou cinq médecins cardiologues intégrés dans ce protocole.

12-Que pouvez-vous me dire concernant la satisfaction des équipes paramédicales et médicales ?

(Équipe médicale, réponse déjà obtenue)

Il faudra leur demander (rire). Je pense que, en tout cas, on arrive ici à mettre en avant ce qu'on a dit, ce qui permet de les conforter, parce qu'elles sont à leur place, qu'elles sont écoutées, qu'elles ont de la valeur. Ça, je pense que c'est bon. J'ai l'impression qu'elles ont un peu peur de la quantité de travail et à juste titre. Ça prend une ampleur et qu'elles s'investissent énormément. Ça fait beaucoup de choses. On a une file active de quatre-vingts malades, c'est-à-dire des coups de fil à passer. Donc, c'est très lourd et si elles étaient inquiètes de la quantité de travail, je partagerais entièrement leur point de vue. Il faut faire attention à ce qu'il y ait le nombre de personnel suffisant parce que c'est malgré tout très chronophage quand on est en lien avec des patients. Ce n'est pas chronométré donc dès qu'il y a des coups de fil passés aux patients, des appels répétés dans la semaine... Je pense que ça peut facilement déborder. Voilà. Elles sont très contentes de la place qu'elles ont, mais elles ont un peu peur de voir que les choses s'emballent et d'avoir beaucoup de choses à faire.

14-Comment voyez-vous l'avenir du système de soins et la place des protocoles de coopération dans les établissements hospitaliers ?

(Souffle) Système de soins, je suis un peu désillusionnée de toute façon (rire) comme tout le monde. L'établissement repose sur la bonne volonté de certains ou voilà... (sourir). C'est un système qui use l'homme avec un grand H (rire). Après, tant qu'il restera des âmes vives et pleine d'envie et d'engagement, je pense que ces protocoles-là on de la place. Ils ont de la place, car c'est finalement quand même l'objectif de faciliter. C'est quelque chose qui est mis en place et plutôt facilitateur pour le circuit, les collaborations, le partage du travail, le circuit patient, la satisfaction du patient. Ce sont des petites choses qui finalement allègent. Voilà, c'est un point de départ où il y a de l'investissement à mettre et au final, je pense que c'est bénéfique et que tout le monde s'y retrouve. Donc si ce système de santé continue à exister, je pense qu'il y a de la place pour ces choses-là. Je pense qu'il faut essayer de les développer. En tout cas, les modèles qui fonctionnent sans trop de rigidité, en gardant de la souplesse. Ça sert à rien que tout le monde réfléchisse à la bonne façon de faire. Quand on a quelque chose qui satisfait, qui montre des résultats avec tous les indicateurs possibles, il faut essayer de transposer les choses. On y gagnerait à adhérer à ce genre de protocoles et après avec un déploiement différent selon les lieux. Mais oui, tout ce qui est de la coordination, du pluridisciplinaire, de la transdisciplinarité, tout ça, c'est à mon avis une richesse pour faciliter le travail de chacun quand on est plusieurs. C'est facilitant pour tout le monde. Et qualité des soins et satisfaction du patient je pense.

⇒ **Comment vous voyez la profession IPA par rapport aux protocoles de coopération ?**

Pour moi une IPA, alors ce n'est pas au-dessus, ce n'est pas ça que je veux dire. Dans le sens où se sont des compétences encore plus multiples. Elle peut faire des protocoles de coopération bien sûr, mais il y a de la réflexion, de la stratégie, de la recherche, de la logistique. Je n'en sais rien, je vois ça comme quelque chose de plus heu... élevé, beaucoup plus global. Mais évidemment que tout ça, elles peuvent faire et peut être, qu'elles sont utiles ailleurs. Peut-être qu'elles peuvent lancer des petites choses. Moi, je vois ces spécialités-là comme, enfin ce diplôme-là, comme quelque chose qui prend plus d'envergure, plus de hauteur. Peut-être pour de l'organisation, de la logistique, de la coordination. Mais sinon je pense qu'avec des choses bien ficelées comme le protocole de coopération, chacun à son rôle. En tout cas dans notre cadre-là, ça peut être fait par une infirmière. Voilà, c'est un peu ma vision. Je ne sais pas si elle est juste mais... (rire)

15-Y-a-t-il des éléments supplémentaires que vous souhaiteriez aborder pour cette fin d'entretien ?

Tout est bon pour moi, je vous remercie.

Je vous remercie pour votre participation ainsi que pour le temps consacré à cet entretien.

Annexe 8 - Grille de dépouillement

Q 1	Comment définiriez-vous la place occupée par les cadres de santé au sein de l'établissement et du pôle d'activité?	Q1	Pourriez-vous m'expliquer la place occupée par les médecins dans la politique institutionnelle de l'établissement ?	Mots clés
CDS n° 1	<ul style="list-style-type: none"> • Ça dépend du cadre. Il n'y a pas de place qui est complètement définie • Le pouvoir à l'hôpital, c'est une vérité. Normalement, on est censé avoir un trinôme entre l'administratif, le médecin et le paraméd • Certains cadres franchement, c'est des logisticiens. Voilà, on ne peut pas dire autre chose. Ils font un peu de RH-planning et c'est tout. Ils sont un peu isolés là-dessus et ils commandent les produits, les médicaments et cetera. Après, j'ai vu des cadres qui sont vraiment sur des projets • Ce que les directions attendent de toi, que tu ailles devant, que tu tiennes les troupes • Moi mon fonctionnement, c'est si tu te positionnes jamais en disant "je veux faire ça", il n'arrivera jamais rien. Ça doit venir de toi 	Médecin n°1	<ul style="list-style-type: none"> • Je participe aux instances locales comme tous les médecins au sein de l'établissement • Je suis invité à la CME locale, je peux participer aux CMEL • Certains travaux au sein de l'établissement sur les situations sanitaires exceptionnelles que ce soit sur : organisation du soin non-programmé, la planification enfin, la cellule d'hospitalisation globale 	<p>CDS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trinôme (x2) • Autonomie (x3) • Autonomie contrainte (x1) • Groupes de travail (x3) • Réunions (4) • Missions changent (X1) • Pouvoir (x1) <p>Médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> • CME (x2) • Groupes de travail (x2) • Rapport financier à réunion/clinique (x1) • Rapport financier à l'activité /demandes acceptées (x1)
CDS n° 2	<ul style="list-style-type: none"> • On n'a pas vraiment une place dominante dans le DMU • On ne manque pas d'informations, elles sont descendantes • Réunion une fois par mois, une réunion avec la direction des soins • Réunion CPDMU. Elle demande à chacun de présenter ce qui se passe dans son service ⇒ Investissement groupe de travail • On fait ce qu'on veut. On a toutes les billes pour faire des projets • Le cadre peut tout faire s'il le veut 	Médecin n°2	<ul style="list-style-type: none"> • On est très écoutés • Une unité qui est heu... très spéciale, qui rapporte beaucoup • On accède relativement assez facilement à nos demandes • On est assez gâtés, je trouve, sur le matériel et on est assez gâtés sur les conditions de travail • Nos demandes pour les initiatives, elles sont encouragées que ça soit les initiatives locales, d'amélioration du parcours de soins ou des initiatives plus scientifiques Globalement, il y a assez de possibilités 	
FFCS n° 3	<ul style="list-style-type: none"> • Le rôle d'interface entre l'équipe paraméd et le reste de l'hôpital au sens très large • On travaille tous au service du malade, sphère soignante, paramédicale du moins, je le vois un peu englobant de tout ça • Le cadre fait office de couteau suisse un peu pour tout et n'importe quoi. • Réunions d'encadrement tous les 3-4 mois - cette dynamique qui est impulsée pour faire reconnaître le corps cadre, enfin pour créer du collectif aussi • J'ai senti une certaine volonté de la hiérarchie paramédicale de vouloir prendre soin des cadres • Cadre supérieure : communication fluide, un reporting informel un peu en continu • Réunions de cadres du pôle tous les 2 mois ⇒ Investissement groupe de travail • Oui • Je bénéficie d'une grande autonomie. J'ai été amené à travailler sur des primes d'engagement, des groupes de travail 	Médecin n°3	<ul style="list-style-type: none"> • Membre d'une CME • Groupe de travail : modifications du système d'information • Je trouve ça important que des ces réunions, il y ait des gens qui ont une pratique au quotidien • On commence à faire ces groupes de travail qui peuvent déboucher sur des changements de pratique au quotidien • Le problème, on va venir nous chercher pour d'autres réunions. Au final, on va passer plus de temps en réunion et petit à petit pour dégager du temps aux réunions, on va peut-être organiser notre temps de travail dans le service pour avoir moins de charge clinique et on va vite se retrouver à avoir des gens qui sont des spécialistes de réunions et qui n'ont plus les pieds sur terre. • Moi, je fais attention à garder les pieds dans le terrain, un équilibre • C'est assez motivant • On se retrouve avec certains obstacles. C'est épuisant, je trouve. Donc c'est aussi pour ça que je choisis mes thèmes. Mais si on est motivé par ce genre de choses, c'est à faire 	
CDS n° 4	<ul style="list-style-type: none"> • Ce qu'on attend de nous, c'est de pouvoir adapter les organisations pour pouvoir continuer de travailler et ça, c'est un changement • Les enjeux sont différents • Manque parfois d'intermédiaire entre le cadre et la direction des soins • Réunion de cadres mensuelle animée par la direction des soins ⇒ Investissement groupe de travail • Je pense être autonome, mais enfin une autonomie limitée et contrainte. Parfois, c'est au moment de prendre la décision ou de passer à l'action que la personne au-dessus nous dit « ah bah non, je ne ferais pas comme ça ». • Chaque cadre est intégré spécifiquement en fonction des projets 			

Q 2	Comment avez-vous connu le dispositif des protocoles de coopération ?			Mots clés
CDS n° 1	<ul style="list-style-type: none"> • J'ai dû voir ça en cours, je n'avais pas tilté peut-être • Il y a une référente des protocoles de coopération sur le GHT • En 2018, quand il y a eu une grosse réunion sur le GHT sur ce protocole, la HAS nous a demandé de créer des protocoles de coopération. Quels sont les protocoles de coopération nouveaux que l'on pourrait développer sur les services d'urgence • C'était personnel. Il avait identifié le problème • Lui, il avait identifié que ça marchait dans les pays anglo-saxons et il s'est dit si ça marche là-bas ça doit marcher chez nous • Un projet de recherche, il voulait avoir l'autorisation que [dans l'établissement], les infirmiers puissent prescrire des radios pour faire un projet de recherche. Seulement, son projet de recherche a été refusé parce qu'il n'était pas possible que des infirmiers prescrivent un acte non autorisé • Il a trouvé une dérive et c'est là qu'il s'est dit pour amener mon projet de recherche, je vais faire un protocole de coopération • C'était un but personnel 	Médecin n°1	<ul style="list-style-type: none"> • Par un protocole de recherche. C'est à-dire que je voulais évaluer l'intervention à l'accueil des urgences par l'infirmier organisateur de l'accueil et que ça ne rentrait malheureusement pas dans le décret d'actes des IDE • Pas possible d'effectuer ce type de recherche, car ça ne rentrait pas dans le cadre des actes infirmiers. Donc un des moyens de contourner ça, c'était de faire un protocole de coopération 	<p>CDS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grève urgence (x2) • Initiative direction (X1) • Initiative cadre sup (x1) • Initiative médecin (x1) • Propre initiative (x1) • Méconnu (x3) <p>Médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocole de recherche (x1) • Méconnu (x2)
CDS n° 2	<ul style="list-style-type: none"> • Par le chef de service • Il est venu toquer à notre porte et il nous a dit, « il y a un truc super qui se fait, il faut qu'on y aille, on y va tous ensemble, c'est parti » • Il a connu ça, je pense, lors de réunions médicales avec ses collaborateurs, ses confrères. Ils ont expliqué ce qu'ils faisaient là-bas et que ça marchait super bien • Il a dit, « c'est ce qui nous manque, allons-y » 	Médecin n°2	<ul style="list-style-type: none"> • En arrivant ici • Je n'en avais pas entendu parler avant. Déjà, c'était une surprise de découvrir que ça existait • J'en ai entendu parler par les équipes parce que c'est notre travail au quotidien finalement. Donc, nos infirmières, nos cadres de proximité, les différents médecins-chefs de service des autres services de cardiologie qui nous ont mis dans le bain tout de suite 	
FFCS n° 3	<ul style="list-style-type: none"> • J'étais infirmier aux urgences • Ça a été apporté par la direction à l'époque • L'un des leviers dont il nous a parlé c'était « ça tombe bien, il y a ces protocoles de coopération qui existent qui sont l'un des moyens pour valoriser financièrement le travail des infirmiers et aides-soignants dans une autre mesure • Protocole pour l'infirmier d'accueil et d'orientation de prescrire des bilans radiologiques • Donc c'est comme ça que je l'ai connu. 	Médecin n°3	<ul style="list-style-type: none"> • Par le cadre de santé. Je ne connaissais pas le concept avant qu'il nous propose ça 	
CDS n° 4	<ul style="list-style-type: none"> • On m'a proposé, on m'a demandé si ça me paraissait opportun de mettre en place ce protocole-là et bien j'ai dit oui. Après, je me suis renseignée sur ce qu'est un protocole de coopération, comment ça se fait et cetera. C'était une demande de ma cadre de l'époque • J'ignorais l'existence des protocoles de coopération ou alors très vaguement • En tout cas sur [l'établissement] on n'en avait pas d'autres • Je pense que c'était une inclination de la direction pour pouvoir développer des protocoles de coopération 			

Q 3/ Q 4	Quel protocole de coopération avez-vous été amené à développer ?		Mots clés
CDS n° 1	<ul style="list-style-type: none"> L'infirmier va faire un tri et va décider si le patient va dans telle filière : filière médicale, lourde avec des soins, traumatologique et cetera. Ce qui se passait pour les patients, ils allaient dans la filière trauma, ils allaient en salle d'attente, ils attendaient de voir le médecin. Le médecin les examinait, il prescrivait une radio. Après, ils allaient en service de radiologie qui était dans le service des urgences, ils attendaient la radio, repartaient en salle d'attente en attendant que le médecin soit prêt à les revoir avec la radio. Mais le médecin avait à la fois des primo consultations et des séances et ils étaient revus en consultation avec ces radios. L'idée du protocole, c'est de se dire que l'infirmier dès l'accueil, c'est lui qui va examiner le patient, prescrire la radio. Comme ça le circuit, il devient plus simple. Le patient voit l'infirmier, il va à la radio puis quand il va voir le médecin, il a déjà sa radio du membre. En fait, ça enlève une étape. Il ne voit plus le médecin en première intention Il faut que ça soit des traumatismes isolés C'est que si on n'a pas une EVA supérieure à 7 C'est grosso modo pour les patients autonomes qui peuvent aller eux-mêmes en radiologie, patienter 	Médecin n°1	<p>Création protocole sur protocole de recherche</p> <p>Évaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier(e) organisateur de l'accueil (IOA), en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un service d'urgences</p>
CDS n° 2	<ul style="list-style-type: none"> Il y a deux axes en fait. Il y a la télésurveillance simple et les paramètres vitaux. Donc le patient est à la maison, il se pèse par la balance connectée. Et donc, c'est relié à un prestataire. Ce prestataire appelle le patient lorsqu'il déclenche une alerte. Elles appellent le patient Il y a ce volet télésurveillance qui est très soft que moi je faisais quand elles partaient en vacances. L'autre volet, ce sont des infirmières qui font des consultations, des consultations de titration. Elles ont toute une arborescence de médicaments qu'elles peuvent prescrire 	Médecin n°2	<ul style="list-style-type: none"> La télésurveillance par exemple, c'est être en première ligne chez des patients cardiaques graves qui ont un moyen à la maison de surveiller les critères, les premiers signes de décompensation cardiaque. Le critère qui est le plus sensible et le plus facile, c'est le poids. Donc on a des solutions qui sont proposées, ce sont des balances connectées et des appels. Ils ont des balances connectées. Ils doivent se peser deux fois par semaine. L'infirmière prend contact s'il y a une alarme pour voir si le poids a augmenté, parce que le patient ne s'est pas pesé. Elles ont un rôle majeur de première ligne, pour être en contact avec les patients, pour gérer les symptômes et d'un point de vue médical. A savoir, est ce que ça relève d'un problème cardiaque ou d'autre chose et de nous trier et de nous référer seulement les cas qui posent problème Elles coordonnent aussi pas mal de choses avec la ville également. Les ordonnances qu'on leur donne. Du côté titration des médicaments, elles font une consultation de cardiologie chez certains patients, on sait que sur les 2 mois qui suivent tous les 15 jours, on sait qu'on va devoir monter les médicaments d'insuffisance cardiaque. On leur apprend à le faire, elles ont un algorithme, elles ont des choses, on est à côté Elles refont le point sur les médicaments, sur tous les aspects... "Ah, il manque une prise de sang, je vous fais une ordonnance" pour lui envoyer <p>Protocole local puis devenu national en cours</p> <p>Télésurveillance, consultation de titration et consultation non-programmée avec ou sans télémedecine des patients traités pour insuffisance cardiaque par un(e) infirmier(e)</p> <p>Protocole local</p> <p>Utilisation d'un échographe par l'IDE et/ou le MERM pour le repérage par écho guidage des veines ou artères des membres supérieurs et inférieurs</p>
FFCS n° 3	<ul style="list-style-type: none"> Le protocole pour piquer sous échographie. Nous recevons beaucoup de patients souffrants de drépanocytose. Patients qui sont très souvent, très compliqués à piquer Du coup, là, tout de suite, je me suis dit que c'était intéressant et que les infirmiers avaient les mêmes problèmes que nous à piquer un déprano en essayant 5-6 fois. Personne n'y arrive, on appelle l'IADE qui n'y arrive pas non plus et ça fini au bloc pour la pose de KT central ou de picc-line 	Médecin n°3	<p>Protocole national</p> <p>Indication et réalisation d'une ponction de lymphocèle chez les patientes en post-opératoire d'une chirurgie mammaire curative et/ou reconstructrice</p>
CDS n° 4	<ul style="list-style-type: none"> Il est axé sur une activité, un acte précis Ce n'est pas que l'acte dans ce titre il y a le diagnostic Il faut qu'elle évalue s'il y a un lymphocèle ou pas, s'il est nécessaire de le ponctionner ou pas. Est-ce que il y a des complications à ce lymphocèle et ce qu'on en fait. Il y a tout un examen clinique 		

Q 3	Selon vous, l'institution a-t-elle un rôle à jouer dans le développement des protocoles de coopération ?		Mots clés
Médecin n°1	<ul style="list-style-type: none"> On a eu un accompagnement énorme mais énorme de la part du siège qui coordonnait le bureau des protocoles de coopération à la direction de la transformation du groupe hospitalier Elle nous a beaucoup accompagnés, notamment dans l'écriture, dans la mise en forme des documents dans le format attendu Elle nous a acculturés à ce langage 		<p>Médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> Accompagnement direction via un référent (x2) Faire connaître les protocoles, faciliter l'implantation (x1) Accompagner les nouveaux métiers Lourdeur administrative (x1)
Médecin n°2	<ul style="list-style-type: none"> Le travail d'homogénéisation des pratiques, de meilleures coordinations des pratiques, de rassembler, coordonner les différents acteurs de soins En enlevant un petit peu tous ces clivages médecins, infirmiers, cadres En incorporant la place de ces nouveaux métiers paramédicaux infirmiers Quand voilà, il y a des protocoles qui existent, qui arrivent ailleurs et arriver à les mettre pour évidemment les implanter. Je pense qu'il faut absolument structurer les choses Il faut appliquer et adapter ces protocoles-là aux ressources locales Et j'ai l'impression qu'il y a déjà du côté de l'administration une volonté de le développer 		
Médecin n°3	<ul style="list-style-type: none"> En faisant connaître le concept et probablement en le facilitant et en rendant plus fluide la mise en place Encore complexe, plein de papiers à signer Lourd administrativement 		

Q 4	Quelles sont les raisons qui vous ont poussé personnellement à participer ou à vouloir développer un protocole de coopération au sein de l'unité de soins ?		Mots clés
CDS n° 1	<ul style="list-style-type: none"> J'ai trouvé ça intéressant, car j'ai trouvé un intérêt dans le circuit. Et en 2018, on a restructuré les urgences, ça a été une mission demandée par le chef de service. Optimiser et accélérer la prise en charge des patients Comment tu améliores le circuit total de notre service d'urgence Il fallait le mettre en place pour optimiser les organisations soignantes Vrai projet où on t'a donné carte blanche pour tout organiser, tout penser, tout réfléchir 		
CDS n° 2	<ul style="list-style-type: none"> Ça m'intéressait, car intellectuellement, c'était quelque chose que je ne connaissais pas Une personne référente de l'établissement initiateur avec qui j'ai beaucoup échangé et qui m'a appris beaucoup de choses Pour les infirmières, je trouvais que c'était un développement de compétences majeur Chouette projet à mener pour entraîner une équipe derrière. En plus, on travaillait en étroite collaboration avec l'équipe médicale aussi Quand vous êtes cadre, arriver à faire des projets, vous êtes juste un super cadre Monter des projets Il faut avoir une certaine maîtrise de son service pour se lancer dans ce genre d'aventure. Vous ne débarquez pas dans un service que vous ne connaissez pas en vous disant, alors là, je vais faire un super projet, c'est impossible 		<p>CDS</p> <ul style="list-style-type: none"> Intérêt des prises en charge du patient (x2) Optimiser les organisations/parcours du patient (x2) Conduite de projet (x3) Développement des compétences du CDS (x2) Développement des compétences des paramédicaux (x2) Valorisation des infirmiers (x1) Attractivité (x1) Gain de temps (patients, professionnels) (x1)
FFCS n° 3	<ul style="list-style-type: none"> C'est réel, c'est le service rendu aux patients Piquer 25 fois un patient, une personne qui vous dit qu'elle a mal, qu'elle n'en peut plus et que ça va finir au bloc. A un moment, c'est de la torture Qualité du service rendu aux patients Qualité pour l'infirmier Proposer un acte nouveau. Ça permet d'élargir un peu les compétences, d'élargir l'attractivité. Alors c'est un peu aussi d'un point de vue financier Dire aux postulants un jour, que s'ils viennent dans le service, ils seront destinés à être formés pour réaliser un acte supplémentaire en dehors de leur décret de compétences Gain de temps pour tout le monde. Pour le patient en premier lieu et après pour le service, pour l'hôpital. Un patient qu'on arrive à perfuser et qui ne passe pas par le bloc pour un KT jugé, c'est un risque infectieux en moins, du temps pris sur les anesthésistes-réanimateurs en moins. Enfin, c'est tout bénéf pour tout le monde Conduite de projets tout simplement qui fait ce qu'on doit faire en tant que cadre normalement La conduite de projets, c'est ce que moi j'aime aussi. C'est pour ça que j'ai voulu faire cadre, c'est à-dire : diagnostic, élaboration d'une stratégie, négociation avec l'équipe 		
CDS n° 4	<ul style="list-style-type: none"> Valoriser l'activité infirmière et les compétences infirmières. Et de faire une activité nouvelle Ça a permis de limiter les temps d'attente du patient, car on attendait pas mal le médecin. Mais vraiment le premier intérêt, c'était de pouvoir monter en compétences les infirmières Cette expérience-là, je m'en suis servie pour faire mon école des cadres, j'ai fait des présentations au DU de coordination et cetera et quand j'ai postulé après pour être cadre dans différents services, j'ai choisi de postuler dans un service qui devait développer un protocole de coopération Ça a apporté au service et aux infirmières qui ont adhéré à ce protocole parce que ça été quelque chose de très enthousiaste et de valorisant pour elles 		

Q 5/ Q 6	En quoi le développement de protocoles de coopération peut-il être une plus-value pour un service de soins ou pour l'établissement ?		Mots clés
CDS n° 1	<ul style="list-style-type: none"> Encadrer, légiférer une pratique déviante Je m'aperçois que les gens pensent savoir-faire une pratique, mais comme ils ne sont pas formés, ils font des choses mauvaises. Là au moins, ils le font bien Accélérer une prise en charge ou pour optimiser une prise en charge Gérer les circuits Vraiment au bénéfice du temps du patient. On a réduit les temps d'attente du patient <p>=> Pour les soignants</p> <ul style="list-style-type: none"> Financière Responsabilité 	<p>Médecin n°1</p> <ul style="list-style-type: none"> Gain de temps substantiel pour le patient. Un gain de temps pas parce que c'est intéressant d'attendre 20 minutes plutôt que 22 minutes, ça on s'en fout. Ça permet un temps d'intuition de la thérapeutique définitive qui est plus court <p>=> Pour les soignants</p> <ul style="list-style-type: none"> La prime de coopération est une plus-value intellectuelle. Reconnaître cet acte en plus qui est un acte intellectuel est quelque chose de valorisé. Pas uniquement financièrement, mais aussi intellectuellement Ça fait partie intégrante de leur rôle et c'est une plus-value majeure à la prise en charge du patient 	<p>CDS / Médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> Légiférer pratique déviante (x1) Optimisation circuit patient (x3) Qualité prise en charge (x6) (asepsie, rigueur, écoute) Réduction attente patient (x1) Satisfaction patients (x1) <p>=> Pour les soignants</p> <ul style="list-style-type: none"> Financière (x2) Responsabilité (x1) Reconnaissance (x2) Développement compétences (x3) Valorisation (x2) <p>=> Pour les médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> Gain de temps (x4) Diminution hospitalisations (x1) <p>=> Pour les directions</p> <ul style="list-style-type: none"> Rentabilité (x1) Attractivité (x1)
CDS n° 2	<ul style="list-style-type: none"> Une grande reconnaissance de l'équipe médicale. C'est d'ailleurs pour ça que ça n'est pas facile pour elles. D'ailleurs, l'infirmière qui est partie, elle en a beaucoup souffert. Elle n'aimait pas le regard de ses collègues, elle ne supportait pas. Elle disait qu'elle n'était pas faite pour faire ça La reconnaissance de leurs pairs, je crois qu'elles ne l'ont pas trop encore La prise en charge de qualité qui est plus importante pour le patient D'éviter au patient de passer par les urgences, d'arriver à le stabiliser et l'améliorer à la maison pour lui éviter de venir à l'hôpital C'est l'amélioration de la qualité des soins Travail intellectuel Dans leur champ de compétences, elles vont les développer comme elles ne le feront jamais en restant au lit du patient <p>=> Pour les médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> Ils cherchaient la qualité des prises en charge et la diminution des hospitalisations et de leur sollicitation et consultations. Il y a aussi toute la partie titration que l'infirmière reprend. Eux, ils ont une baisse des consultations, ça leur libère du temps 	<p>Médecin n°2</p> <p>Pour les directions</p> <ul style="list-style-type: none"> Une épargne, c'est rentable Un investissement pour l'avenir C'est gagnant-gagnant Deuxièmement, pour le recrutement des personnels, je pense que c'est aussi extrêmement motivant d'être dans ce genre de protocole. D'attractivité motivante... La fluidification des parcours de soin, la qualité des soins, d'attractivité, d'amélioration de la qualité des soins, de la satisfaction. Moi, j'y vois un bénéfice à tous les niveaux Ce sont des patients qui seraient sinon à notre consultation et on en a déjà beaucoup. C'est une vraie aide, un vrai gain de temps et ça avec un lien que les patients tiennent. Et un temps accordé aux malades qu'on ne peut pas accorder. Pour moi, c'est énorme C'est vraiment un gain de temps, un lien avec les malades qui est extrêmement précieux. Le Pr X, chef de service de cardiologie dit qu'il vaut mieux une bonne infirmière qu'un bon médecin. Globalement, en tout cas, une infirmière va prendre le temps qu'il faut et ça se ressent complètement dans les prises en charge avec une adhésion énorme des patients 	<p>=> Pour les soignants</p> <ul style="list-style-type: none"> Financière (x2) Responsabilité (x1) Reconnaissance (x2) Développement compétences (x3) Valorisation (x2) <p>=> Pour les médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> Gain de temps (x4) Diminution hospitalisations (x1) <p>=> Pour les directions</p> <ul style="list-style-type: none"> Rentabilité (x1) Attractivité (x1)
FFCS n° 3	<ul style="list-style-type: none"> Qualité du service rendu aux patients qui sont en crise ultra douloureuse. C'est une situation qui doit être résolue et qui ne doit pas être résolue dans 5 heures, mais rapidement C'était un gain de qualité pour l'infirmier C'est le moyen de valoriser concrètement dans les actes le travail de l'infirmier pour la reconnaissance du métier 	<p>Médecin n°3</p> <ul style="list-style-type: none"> Ce n'est pas tellement en tant qu'objet de protocole de coopération, mais ce pourquoi il va être mis en place qui est intéressant Un gain pour le service Directement pour le patient, et un gain de temps potentiel pour poser des voies veineuses Gain pour le patient parce que le nombre de ponctions va être diminué Nouvelle compétence. Ça leur fait peut-être sortir un peu la tête du marasme de la charge quotidienne de soins Un gain de temps dans mon organisation si ce n'est plus moi qu'on appelle pour poser une voie veineuse parce que les infirmières sont autonomes Là, le protocole en lui-même, il a plutôt tendance à me prendre du temps au début du moins dans l'encadrement il y a besoin d'une présence. C'est là qu'un peu le bas blesse, c'est qu'il faut trouver du temps entre l'infirmière et le médecin où il y en a. Pour le moment le frein à l'efficacité. Je pense qu'il aurait fallu une formation plus longue en amont pour que les infirmières soient plus à l'aise et que ça prenne 	<p>=> Pour les directions</p> <ul style="list-style-type: none"> Rentabilité (x1) Attractivité (x1)
CDS n° 4	<ul style="list-style-type: none"> Une plus-value dans le fonctionnement et la prise en charge du patient Il y a une infirmière qui fait un soin et elle le fait mieux que le médecin L'infirmière d'abord, elle va voir plusieurs fois le patient, elle a une écoute bienveillante, elle travaille en termes d'hygiène et d'asepsie La qualité de la prise en charge et l'expérience patient, je pense qu'elle est améliorée quand c'est l'infirmière qui fait ce soin-là C'est du temps médical gagné. En tout cas, du temps médical qui est porté sur des activités que les autres ne peuvent pas faire, c'est surtout ça La montée en compétences et valoriser ces infirmières : elles savent évaluer, elles savent poser un diagnostic, elles savent faire des techniques qui ne sont pas forcément dans leur décret, mais elles savent le faire, car elles l'ont vu plein de fois et parce qu'elles ont eu les apports théoriques <p>=> Pour les patients</p> <ul style="list-style-type: none"> Qualité et vraiment satisfaction Clairément pour économiser le temps médecin, pour valoriser les compétences infirmières, fidéliser 		

Q 6/ Q 5	Selon vous, y a-t-il des conditions nécessaires pour développer un protocole de coopération ?		Mots clés	
CDS n° 1	<ul style="list-style-type: none"> Il faut que ça serve à quelque chose, il faut qu'il y ait vraiment une utilité. Si on fait un protocole parce qu'on a envie d'en faire un, in fine ça va loucher Il faut qu'il y ait un intérêt tripartite : patient-infirmier-médecin J'ai bénéficié d'un accord avec l'hôpital pour envoyer les gens en formation. On a envoyé 40 personnes en formation de 2 jours sur 3 mois. Forcément, c'était à coup de 5 par 5 donc forcément, accord avec l'hôpital pour du remplacement ces jours-ci. Du service de suppléance, d'infirmières ou d'heures supplémentaires. Sinon, on n'aurait jamais pu ⇒ Que pourriez-vous dire sur la coopération cadre de santé et médecin ? Il faut que le cadre pour moi, fonctionne en binôme avec le chef de service il faut qu'il ait cette légitimité avec le binôme chef de service pour pouvoir monter des projets, échanger, discuter. Sans ce binôme-là, ça ne marchera pas Il faut que le cadre suive le rythme et aussi le chef de service, c'est un binôme, un vrai travail de collaboration 	Médecin n°1	<ul style="list-style-type: none"> Le besoin. Que ça soit un besoin et que ça amène une valorisation intellectuelle ou financière, mais de manière préférentielle, plutôt financière ⇒ Que pourriez-vous dire sur la coopération cadre de santé et médecin ? Je vois ça très difficilement. Les cadres en général, de mon sentiment et du fait de la gouvernance hospitalière sont enterrés sous un monceau de paperasse et de travaux qui ne sont pas liés aux soins et qui sont des complexités administratives assez pénibles Je pense qu'il y a quelque chose de consubstantiel à la formation que vous recevez. Je n'ai pas l'impression que le cadre se voit dans une position de leadership d'équipe et ça, ça m'embête J'ai un rôle de leadership auprès des équipes, auprès des docteurs, auprès des internes et des externes. J'attends la même chose de la part du cadre et ça n'existe pas. 	<p>CDS</p> <ul style="list-style-type: none"> Besoin (x1) Aide hôpital pour formation (x1) Binôme cadre/médecin indispensable (x2) Collaboration (x1) Coopération (x1)
CDS n° 2	<ul style="list-style-type: none"> Il faut avoir déjà, votre service hyper stable ⇒ Que pourriez-vous dire sur la coopération cadre de santé et médecin ? J'ai toujours trouvé ça génial. Moi, j'ai toujours travaillé comme ça Vous ne tenez pas une équipe si vous êtes contre votre chef de service ou si lui ne partage pas du tout la même façon de faire Il n'y a aucune autorité l'un sur l'autre, lui n'a aucune autorité hiérarchique sur vous, mais si vous ne partagez pas les mêmes valeurs, si vous n'êtes pas d'accord sur les directions à prendre, si vous ne pouvez pas le voir ou qu'il ne peut pas vous voir, c'est impossible. Et pour ce genre de projets et pour tout le reste. Il ne va pas vous aider dans le recrutement, il ne va pas vous faire des cours pour que les infirmières restent et gagnent en compétences Le binôme managérial, il est indispensable 	Médecin n°2	<ul style="list-style-type: none"> Je pense qu'il faut un cadre réglementaire Objectifs clairement définis, les moyens clairement identifiés Je pense qu'il faut aussi une évaluation de ce qu'on a à faire parce que sinon on n'avance pas Moyens humains et des moyens matériels Adhésion de l'ensemble de l'équipe au projet Une valorisation très probablement aussi. Voilà, je suis plus à dire que tout travail qui est fait en plus, doit rapporter ⇒ Que pourriez-vous dire sur la coopération cadre de santé et médecin ? Coopération, c'est à mon avis l'écoute des uns et des autres. C'est un travail en collaboration parce que, je pense qu'on a vraiment un qui a le côté papier : il faut ça, limite je coche et le côté qui va dire « mais on peut pas, on ne peut plus, ça ne peut pas ». Enfin, je verrai plus les choses comme ça. Complémentarité dans les objectifs Après, ici en tout cas, j'ai l'impression que les cadres sont beaucoup en relation avec les infirmières spécialisées et que se sont les infirmières spécialisées qui ont finalement le rôle d'aller vers le médecin 	<p>Médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> Besoin (x2) Charge du travail du cadre (x2) Collaboration (x1) Coopération (x1) Stratégie, opérationnel (x1)
FFCS n° 3	<ul style="list-style-type: none"> L'implication. Si les gens ne sont pas impliqués, ça n'avancera pas. Implication médicale, paramédicale, au niveau de l'institution également Si les choses traînent, et pourtant elles traînent ici Les gens doivent se sentir impliqués et avoir envie de le faire ⇒ Que pourriez-vous dire sur la coopération cadre de santé et médecin ? C'est hyper important qu'il y ait de la coopération On a besoin de cette communication fluide respectueuse, authentique pour pouvoir mener à bien ce qu'on fait pour les patients Avec les médecins, on est en partenariat avec eux, on n'a pas de relation hiérarchique 	Médecin n°3	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce qu'on est d'accord ? C'est une façon de protocoller une délégation de fonction du médecin vers l'infirmière On ne nous apprend pas à l'école de médecine, qu'est ce qui revient vraiment légalement au docteur et qui revient vraiment légalement à l'infirmière. Qu'est-ce que l'infirmière peut faire, avec ou sans la surveillance du médecin et qu'on découvre au fur et à mesure de notre vie à l'hôpital Avoir une meilleure communication au moins du corps médical sur ce qui relève du travail infirmier et du médecin Organisation des soins et des tâches en tout cas entre médecin-infirmière ⇒ Que pourriez-vous dire sur la coopération cadre de santé et médecin ? L'interaction du petit quotidien, du fonctionnel, mais qui n'est pas l'essence même du travail de cadre. Il est là pour fluidifier, mettre de l'huile dans les rouages du fonctionnement quotidien, quand tel truc ne marche pas et qu'il faut un interlocuteur qui ne va pas être les mains dans le soin. Mais au final, il se retrouve avec cette activité-là et plus des questions de gestion de personnel, de la RH. Il perd le temps qui est plus l'essence de l'encadrement des équipes, d'être là pour les épauler Moi, je trouve ça assez intéressant même si le temps pourrait probablement être mieux utilisé, de récupérer cette fonctionnalité-là de cadre Je pense que c'est une coopération de nous deux 	
CDS n° 4	<ul style="list-style-type: none"> Il faut que tout le monde soit d'accord. Tout le monde ait envie que ça soit les médecins ou les infirmières. Il faut un petit peu de temps parce que ça prend du temps Savoir travailler sur la durée, garder les acteurs mobilisés Il faut que les médecins et les infirmières aient envie Infirmières expérimentées, il faut de l'expérience Il ne faut pas avoir un turn-over de personnel paramédical trop important parce qu'un protocole demande une formation pratique et une formation théorique qui est assez longue. Et remobiliser les médecins puisque sur toute la formation c'est ce qu'on a fait, sur tout ce temps de formation, tous les ans, c'est guère possible je pense ⇒ Que pourriez-vous dire sur la coopération cadre de santé et médecin ? Avoir une confiance, un intérêt qui est clair Sur l'organisation de cette adhésion c'est surtout le cadre qui prend en main les choses après les médecins sont là pour organiser les cours et les papiers, c'est le cadre qui organise. S'il était tenu au médecin d'organiser ce protocole et de faire toutes les démarches, je pense qu'on ne l'aurait pas fait. C'est le cadre qui est porteur, le médecin suit 			

Q7	Que pensez-vous du fait que les professionnels paramédicaux exercent des activités/actes dédiés auparavant exclusivement aux médecins ?		Mots clés
Médecin n°1	<ul style="list-style-type: none"> Moi, j'en pense par définition beaucoup de bien Je suis un fervent défenseur de ce truc-là Je viens de structures d'urgences où on a la culture. Déjà, c'est beaucoup le cas aux urgences en général et en particulier la structure qui m'a formé où on a une vraie culture de travail d'équipe, med, paramed C'est reconnaître l'expertise de chacun. Je n'ai pas la même expertise que les infirmiers du service voire que les AS du service. Il y a des choses que je ne sais pas faire, que je ne saurai jamais faire ou que je ferais toujours moins bien, c'est sûr. Mais il y a des trucs que je fais mieux. Donc, valorisons ce qu'ils sont capables de faire sans pour autant que ça soit dans le décret d'actes. Je ne rêve que d'une chose, c'est qu'on commence à réfléchir par compétences et non plus par petites cases à cocher de « ça, tu as le droit et ça, tu n'as pas le droit ». Ça permettrait à certains d'exprimer leur full potentiel 		
Médecin n°2	<ul style="list-style-type: none"> Le principe de réalité qui s'applique. Et la réalité, c'est qu'on ne peut pas tout faire A condition qu'il y ait toujours un médecin référent, c'est important. Je ne suis pas du tout contre Elles voient des choses qu'on ne voit pas, qu'on ne voit plus On sait qu'elles connaissent leurs limites, elles peuvent venir nous demander pour être sûres. Quand elles ne viennent pas me demander, je sais que c'est parce qu'elles n'avaient pas de doutes Il faut prendre ça comme une compétence. Une compétence ça s'apprend. Il n'y a pas que du talent dans ce qu'on fait 		<ul style="list-style-type: none"> Positif (x3) Reconnaissance expertise (x1) Connaissance des limites (x1) Confiance (x2) Accord avec actes hors décret (x2)
Médecin n°3	<ul style="list-style-type: none"> Ça part du concept de l'encadrement légal des tâches infirmières et médicales. Si vous voulez, moi, je trouve ça complètement absurde qu'il y ait un cadre légal qui dise qu'un premier sondage chez l'homme doit être fait par un médecin. On va demander à un interne qui n'a jamais fait alors qu'elle en fait plus. Donc quand on est un peu censé, l'infirmière elle dit "je vais le faire, t'es là pour me couvrir" Je ne suis pas intimement persuadé qu'il faille toujours protocoller tout ça avec des textes, des cases. Pour moi, le bon sens nous protège. Un bon travail d'équipe si on est dans une ambiance sereine. Si l'infirmière elle sait qu'elle peut faire confiance au médecin, qu'il y a une démarche globale de qualité, de coopération pour reprendre le terme. Est-ce qu'il faut toujours tout protocoller ? Moi, je n'en suis pas convaincu Je le vois comme un acte infirmier qui est amélioré par un outil qui est plutôt du domaine médical. L'échographie est un outil dont on peut tout à fait accepter qu'il ne soit pas réservé aux médecins Du point de vue médical, nous ça ne nous aurait absolument pas choqué de faire ça en dehors d'un protocole de coopération Il faut que les frontières soient poreuses dans l'organisation 		

Q 7	Pouvez-vous me décrire les étapes que vous avez suivies pour développer ce protocole de coopération ?		Mots clés
CDS n° 1	<ul style="list-style-type: none"> Le Docteur commençait à travailler sur ce protocole et a réalisé une première lettre d'intention en 2014 On a fait des visites dans [toute la région] de plusieurs hôpitaux pour faire des comparaisons sur tous leurs circuits Des heures de discussion sur "Okay, le protocole il est là, vous allez avoir le droit de prescrire". Maintenant, comment on fait ? Quels sont tous les tenants et les aboutissants ? Il a fallu penser à tout ce qu'il fallait rajouter Il a fallu réfléchir à l'informatique. Parce qu'à partir du moment où les infirmières ont le droit de prescrire, il faut qu'elles aient les droits et l'outil pour prescrire Il a fallu également penser la formation. Une formation de deux jours, plus après, il y a 40 observations, travail en collaboration avec le médecin pour la prescription de radio. Il a fallu aussi convaincre l'intégralité du corps médical. Il a fallu convaincre les gens, leur expliquer le protocole, convaincre les infirmières et les envoyer tous en formation sur une durée courte et après assurer le suivi. Il y a eu une identification de certains pour « faites vos 40 observations ». Il a fallu organiser du temps. Il y a eu un travail de 6 mois là-dessus sur tout organiser, tout planifier J'avais créé un suivi de l'ensemble du personnel avec un tableau à double entrée Savoir leur date de formation, savoir s'ils y avaient bien été, où est-ce qu'ils en étaient dans leur livret. Après, j'avais l'ensemble des pièces qu'ils devaient me joindre Il y avait aussi toute la partie inscription dans le fichier ARS, voilà et les signatures Les étapes qui ont été les plus compliquées, c'était les étapes direction parce qu'il fallait qu'ils aient le financement et les autorisations et l'informatique <p>⇒ Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Pour moi, il y a eu un passage administratif qui est très très lourd. Ça, ça a été plus compliqué car il y a tellement de monde On ne se rendait pas compte de la durée que ça pouvait prendre Recenser toutes les données, c'était un vrai bordel parce qu'au bout de 3 mois, tous les documents de signataires deviennent obsolètes. Au bout de trois mois, parce qu'il y a quelqu'un qui est parti, il faut tout recommencer sur les signatures 	<p>Médecin n°1 (réponse spontanée)</p> <ul style="list-style-type: none"> On a commencé les travaux et il y a eu une énorme phase de pause puis il y a eu une accélération très forte et un investissement de la HAS directement auprès de notre équipe C'était un protocole qui n'existait pas. On avait développé dans le cadre du protocole de recherche. On avait développé une intervention, une formation pour être capable de délivrer cette intervention de manière reproductible et on avait dans le cadre du protocole de recherche établi des critères de jugement qui finalement étaient des indicateurs. On a juste transposé ça dans un format différent qui était le format des protocoles de coopération C'est la HAS qui nous le fait remarquer, que d'autres équipes d'urgence en France en l'occurrence deux autres équipes travaillent sur un sujet similaire et ils nous ont mis tous ensemble autour de la table Ça a permis une petite synergie, ça a permis d'avancer. On est parti de notre document qu'on a un peu augmenté avec les leurs et eux ont fait une relecture critique L'écriture s'est faite à 4 mains entre moi et notre cadre de santé aux urgences. Avec lui, on écrit ça et une infirmière qui faisait de la formation et ancienne infirmière des urgences Oui, d'ailleurs, je vous ai dit qu'on l'avait écrit à 4 mains avec le cadre, mais ça a beaucoup été challengé avec les équipes. On avait un groupe d'infirmières qui s'intéressait, à qui on a montré nos arbres décisionnels en leur disant « ça colle ou ça colle pas. Est-ce que c'est comme ça que tu réfléchis, est-ce qu'il y a une question que tu te poses, est-ce qu'il y a quelque chose qui ne répond pas à l'arbre décisionnel ? ». Ils nous ont permis et aider à avoir un process et un protocole plus précis 	<p>CDS</p> <ul style="list-style-type: none"> Relevé d'activité (x1) Réunion (x3) Formation (x4) Informatique (x1) Convaincre (x1) Correction protocole (x1) Tableau de bord (x1) Plan équipement (x2) Suivi indicateur (x1) Outils (x2) Participatif (x3) <p>Difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> Administratif (x2) Temps formation (x4) Crainte des IDE (x1) Retrait IDE du protocole (x1) <p>Médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> Discussion sur plusieurs établissements Collaboration écriture : CDS/IDE formatrice/équipe
CDS n° 2	<ul style="list-style-type: none"> Il a fallu qu'on trouve un partenaire, des balances connectées On a commencé la télésurveillance donc ça a duré un petit moment Il a fallu attendre au mois de septembre que l'infirmière puisse être inscrite au DU d'insuffisance cardiaque et de terminer jusqu'en juin l'année d'après, d'avoir ce fameux DU 100 consultations de compagnonnage en même temps que le DU La gestion des documents, c'était plutôt simple. Après la personne qui est référente et qui s'occupe de ces protocoles de coopération, elle s'occupe d'accompagner les équipes pour mettre en place ces protocoles. Donc elle s'occupe de toute la partie administrative On a fait des réunions de mise en place. Le chef de service tout le temps. Ça a été vraiment lui qui a fédéré l'équipe <p>⇒ Avez-vous eu des outils à créer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Non pas du tout, c'est l'établissement initiateur. Il nous envoyait bien gentiment tous leurs outils, toutes leurs ordonnances, tous leurs consentements. Les informaticiens sont venus installer le logiciel On a créé un flyer avec l'équipe <p>⇒ Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Les filles, elles ont eu un peu peur au début, à la fin elles étaient deux mais, l'histoire de la titration c'était assez compliqué Ça n'a pas été simple de faire le compagnonnage, mais elles le savaient, car la plupart étaient des infirmières de cardiologie et elles avaient quand même cette crainte malgré la formation La première a mis un petit moment à se lancer, elle avait très peur. Elle a presque attendu que l'IPA finisse sa formation. On sentait qu'elle était terrorisée à l'idée de faire ça toute seule, de faire des bêtaises Ces étapes, elles sont très marquées et très longues On a reperdu 2 mois sur cette peur, elle ne se sentait pas à l'aise. Elle a ensuite été accompagnée par l'IPA, elle était partie. On avait SE, une super infirmière qui avait accepté, elle est sortie de la formation du protocole et est venue me voir en me disant qu'elle a trop de responsabilités. Je suis désolée, donc j'arrête. On a dû attendre l'arrivée de Ma. Donc rebelote, formation, un DU, enfin, ce sont des années universitaires donc on a perdu 1 an dans cette histoire. Donc, oui, on a bien perdu 2 ans La longueur de la formation pour valider. Il y a le DU, la formation Picpus, l'AFGSU, en période Covid, c'était facile comme tout pour l'AFGSU 		
FFCS n° 3	<ul style="list-style-type: none"> La première chose, c'était d'en parler à ma cheffe qui m'a mise en relation avec la référente et après elle m'a dit de lancer les inscriptions en formation et elle s'occupera dans un deuxième temps de faire la papeterie Mettre au plan d'équipement un échographe sur roulettes, qui est déjà une demande des médecins à la base <p>⇒ Avez-vous eu des outils à créer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Pas du tout, même pas de tableau de bord Le truc s'est mis en place un peu plus vite que ce que j'aurais voulu, mais c'est très bien. J'ai commencé, on va dire à me renseigner. J'ai été mis en charge avec la personne du suivi des protocoles de coopération. Elle est venue me voir, elle m'a expliqué dans les grandes lignes Elle m'a dit qu'il fallait que les infirmières soient formées donc j'ai regardé ce qu'il se faisait un peu en termes de formation parce qu'il fallait faire une formation d'une journée. Et en fait, quand j'ai contacté un centre de formation, ils m'ont dit « on a des places dans pas longtemps » <p>⇒ Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Au niveau des papiers, ça va parce que le site sur lequel j'ai uploadé les documents est clair, assez bien fait Je trouvais que la procédure de mise en ligne des documents sur le site était parfaitement compréhensible, claire et facile d'utilisation. La grande difficulté, mais elle est propre à notre organisation, la difficulté de pouvoir prendre le temps pour les infirmières de réaliser ces fichus actes. En plus, il faut trouver un temps compatible avec celui du médecin La grande difficulté, c'est que nos infirmières puissent s'exercer ou commencer leurs actes dans un contexte serein alors qu'elles ont 12 patients à prendre en charge qui sont tous d'une lourdeur extrême 		
CDS n° 4	<ul style="list-style-type: none"> On prend connaissance du protocole, car quand on adhère à un protocole, on ne peut que se calquer à ce qui est existant. On voit les médecins qui peuvent être délégués et les infirmières qui peuvent être délégués Relevé d'activité pour voir si on pouvait mettre ce protocole-là en place et s'il y avait un intérêt à développer cette activité Présenter le projet aux équipes médicales et infirmières Recensement des documents administratifs nominatifs La formation théorique des infirmières, trois mois de cours et il y avait les cours théoriques et les observations. Il fallait observer l'acte, je ne me souviens plus combien de fois, 25 fois je crois. On a fait les cours sur trois mois et les observations sur 9 mois. On avait formé 4 infirmières et il fallait que les 4 infirmières aient les 25 observations On construit les outils d'information et de traçabilité parce qu'il fallait informer le patient. On a construit un petit flyer et on voulait suivre l'activité donc avec les indicateurs : combien de ponctions elles ont fait, est-ce qu'il y a eu des événements indésirables, combien de ponctions j'ai dû repasser au médecin L'ARS valide les formations, on attend son retour et donc on a envoyé en juin 2016 Ensuite, c'est tout le suivi des indicateurs et de l'activité On a fait créer des kits de ponction de lymphocèle en termes de matériel <p>⇒ Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Le frein c'est le temps et la somme de travail à faire à côté. Voilà, il faut relancer souvent les médecins Récupérer les diplômes des médecins, c'est un peu plus long que récupérer les diplômes des infirmières. Donc on a dû passer six mois là-dessus Les cours théoriques et les observations. Entre les vacances, les congés mater, et cetera, ça prend neuf mois 		

Q8	Que peuvent apporter aux patients la réalisation d'actes/activités réalisés par des professionnels paramédicaux à la place de ceux réalisés par un médecin ?		Mots clés	
Médecin n°1	<ul style="list-style-type: none"> • Contrairement à ce qu'on pourrait penser, il n'y a pas eu plus de demandes. Parce que ça faisait partie de mes indicateurs qualité • La pertinence de la demande reste là même • Je me demande même si on en fait pas moins parce que quand il y a beaucoup de patients en salles d'attente, le médecin a tendance à prescrire des radios un peu à tout le monde sans forcément se fier aux recommandations des sociétés savantes • Quand je vois quelqu'un qui applique le protocole et que la radio n'a pas été demandée, spontanément, je ne vais pas aller la faire 	CDS n°1 (réponse spontanée)	<ul style="list-style-type: none"> • Les paramédicaux vont examiner les patients contrairement aux médecins. • Le médecin voit beaucoup plus de patients et le patient veut un examen déjà, donc le médecin prescrit • L'infirmier est plus exigeant sur le fait qu'on lui a dit qu'il fallait examiner le patient comme ça, donc il va faire de cette manière. L'infirmier, il a envie de bien faire, le médecin s'en fout donc il prescrit plus large. Donc les prescriptions sont plus justes par les infirmiers • Ils ont examiné les patients 	<p>Médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertinence de l'acte • Confiance • Lien privilégié • Expérience IDE dans l'acte <p>CDS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient examiné • Pertinence • Expérience • Rapidité, fluidité
Médecin n°2	<ul style="list-style-type: none"> • C'est plus simple. Ils disent des choses, et ça c'est vrai, différentes au médecin et à l'infirmière • Relation médecin-malade est précieuse parce qu'on a des informations, mais il y a des informations qui sont délivrées à l'infirmière et qui sont toutes aussi importantes • Un lien très privilégié 			
Médecin n°3	<ul style="list-style-type: none"> • L'acte en lui-même, elles le font plus souvent que nous • La rigueur et sur l'asepsie • Je me rends compte qu'on ne fait pas du tout pareil. Moi, je regarde l'écran et j'aime bien voir mon aiguille dans l'écran qui avance jusque dans la veine et monte dans la veine. Je ne regarde presque pas mes doigts • J'apprends de leurs expériences • Elles vont probablement mieux sentir lorsqu'elles peuvent tenter ou pas 	FFCS n°3 (réponse spontanée)	<ul style="list-style-type: none"> • De toute façon, celui qui sait piquer ce n'est pas le médecin. Moi, je l'ai vu. En tant que médecins formés et délégués, ils doivent connaître le geste. Un médecin classique ne pique jamais, ce sont les internistes • Celui qui sait piquer, c'est l'infirmier. • Pour la rapidité, pour la fluidité 	

Q 8/ Q 9	Quelle a été la communication concernant l'information et le développement des protocoles de coopération ?		Mots clés	
CDS n° 1	<ul style="list-style-type: none"> • Ça s'est fait beaucoup sur de la discussion • Au fur et à mesure du temps. Il n'y a pas eu forcément de discussion officielle, mais plutôt sur de l'informel : « on va travailler là-dessus ». • Je fonctionne beaucoup, en tant que cadre de santé sur de l'informel • Créer une réunion, le protocole est comme ça. Mais avant que ça soit comme ça, préparer les gens à la grosse réunion, des personnes clé en disant qu'on est en train de bosser là-dessus. Pour que les gens soient informés au fur et à mesure du temps. • Après, réunion d'équipe, le protocole arrive • On vous envoie en formation. Comme ça, les gens étaient préparés. Il faut informer pour que tous sachent ce qu'il va se passer • En termes de communication, on avait développé une technique de communication d'équipe. En réunion d'équipe, comme il n'y a pas tout le monde, tu n'es pas sûr que l'information va passer pour tout le monde • On faisait une réunion par jour, à la prise de poste, il y avait un point info de 5-10 minutes et en fait, tous les jours, on répétait la même chose pendant une semaine • Au fur et à mesure du temps, tu touches 80% de l'équipe et ça suffit. Après on a vu quasi tout le monde un par un, entre les évaluations annuelles pour les prévenir. Tout le monde était au courant • On a vu personnellement ceux qui n'avaient pas pu être là en réunion, ceux qui revenaient de congés mat'. Main dans la main pour leur expliquer 	Médecin n°1	<ul style="list-style-type: none"> • On a fait des réunions dans le service, du bouche à oreille, WhatsApp • On a accompagné le déploiement, que ça soit pour les docteurs ou les infirmiers • Pour les docteurs, on a fait exactement la même chose, répéter l'information jusqu'à plus soif 	<p>CDS / Médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussion (x1) • Réunion étapes (x3) • Individuel (x1) • Communication médecins des infos importantes (x1) • Réunion après formation des agents (x1) • Communication externe au service (x2)
CDS n° 2	<ul style="list-style-type: none"> • Surtout sur des réunions de service • C'est venu beaucoup de l'équipe médicale. Eux ont annoncé beaucoup dans des réunions médicales auxquelles les infirmières ne vont pas. D'ailleurs, ni l'encadrement • Au niveau de l'encadrement, on a fait venir cette infirmière pour qu'elle explique aux autres cadres son quotidien et son travail • Présentation à l'équipe médicale, l'équipe médicale a aussi elle-même présenté à ses pairs 	Médecin n°2	<ul style="list-style-type: none"> • Je pense que ça a été fait avant moi, parce que quand je suis arrivée, c'était déjà un peu installé • Il y a eu un petit film qui a été fait par l'établissement de 2-3 minutes sur le travail d'une infirmière de télésurveillance • J'ai été interviewée avec ma collègue pour nous demander le cadre un peu plus médical 	
FFCS n° 3	<ul style="list-style-type: none"> • J'ai commencé d'abord par aller voir les infirmiers que je voulais former. Aller leur parler de personne à personne, un par un, déjà pour savoir s'ils étaient d'accord, car il n'y a aucune obligation • Une fois que tout le monde était d'accord, j'ai commencé à les envoyer en formation • Je suis allé voir les médecins aussi. Je me suis contenté entre guillemets, de leur transférer les aspects un peu techniques, le résumé, les points saillants du protocole et leur rôle surtout • Une fois que les premiers étaient formés, on a fait une réunion d'équipe avec les 3 médecins, les 5 ou 6 infirmiers formés pour discuter ensemble pour voir s'il y avait des difficultés rencontrées, s'il y avait des questions • Après, on a communiqué à l'ensemble du service avec flash info et compte-rendu en disant voilà « nous commençons à former » 	Médecin n°3	<ul style="list-style-type: none"> • Moi, je n'ai pas communiqué sur le sujet, c'est vraiment le cadre qui l'a fait. On a fait une réunion où il nous a exposé le cadre du protocole 	
CDS n° 4	<ul style="list-style-type: none"> • On a fait l'information sur le service, on l'a fait au début de la mise en place • A la fin, on a informé les services de chirurgie d'hospitalisation conventionnelle puisque c'était important qu'ils sachent que le suivi des patients allait se faire par une infirmière et non plus par les médecins • Après, on a communiqué en externe puisque j'ai pu intervenir sur les DU de coordination 			

Q 9	En tant que cadre de santé, comment avez-vous procédé pour impliquer et faire participer les professionnels paramédicaux au projet ?	Mots clés
CDS n° 1	<ul style="list-style-type: none"> Il fallait que l'ensemble du personnel infirmier soit 63 infirmiers soient formés au protocole. C'était ça en fait tout l'enjeu. Parce que la plupart des protocoles de coopération concernent moins de 10 infirmiers. Là, c'est l'intégralité de l'équipe. Il a fallu aussi convaincre l'intégralité du corps médical parce que si tous les gens du corps médical devaient être signataires parce que si jamais un n'était pas signataire et que la nuit il n'y a que lui en poste et bien, le protocole est caduc Les gens étaient volontaires pour le faire, car ils y ont vu un intérêt scientifique et un intérêt pécuniaire. Je pense que dès qu'il y a un intérêt pécuniaire d'ailleurs, ça a accéléré le fait qu'ils étaient tous très motivés. Et comme c'était une équipe d'infirmiers et d'aides-soignants qui faisait partie du groupe de travail, qui était moteur du projet, que l'on a beaucoup investie dans l'organisation, ça, c'est plus ou moins bien vendu On a fait corriger la version du protocole final par des gens du service aussi, on a investi les gens du groupe de travail. Ce sont les infirmiers, dans les retours que l'on a eus, qui ont fait les retours les plus pertinents. C'était des retours du terrain, de la vraie vie quoi. Ceux qui ne connaissent pas que la théorie mais la pratique Donc il y avait vraiment une implication dans le service, après ça a été un peu la compétence : qui est-ce qui fait les observations en premier Il y a ceux qui se sont challengés tout seuls. J'ai délégué des jours quand j'avais du surplus sur le planning. Je les mettais en journée complète avec un médecin. Et pour ceux pour qui c'était un peu plus compliqué, j'allais dans le service, je leur disais « bon là, vous avez quoi à faire ? » Je regardais sur le panneau, « il y a un trauma du membre, vous allez le voir ». Alors en gros, j'allais les chercher qu'ils en fassent un ou deux. Puis il y en a certains, qui ne se donne pas aussi... « non mais je ne peux pas, non, j'ai pas le temps ». En fait si, il a le temps. C'est juste que « je ne sais pas pourquoi tu ne te donnes pas le temps, mais tu vas le faire ». Ce n'est pas de la démotivation. Il y a des gens, il faut les impulser. Ce n'est pas qu'ils ne sont pas motivés. D'ailleurs, ce n'est pas qu'ils ne voulaient pas, car quand je leur disais « vas-y », ils étaient très contents d'y aller C'est le travail du cadre d'être un peu moteur là-dedans, de leur dire « non mais attends, tu es le dernier, il faut y aller » Je n'ai eu aucune résistance d'ailleurs que ça soit de la part des médecins ou des paramédicaux, zéro. Après, pourquoi il n'y a pas eu de résistance, on ne va pas se mentir, il ya déjà pas mal de paramédicaux qui faisaient de la radio en douce voilà. Je leur ai dit que c'était interdit. Moi j'avais toujours interdit que ça soit un protocole de service car c'est illégal. Ça j'ai mis un gros véto en disant aux équipes « ça vous n'avez pas le droit de le faire ». Je les surveillais déjà là-dessus, mais il y en avait plein sous le manteau qui le faisait. Il n'y a pas eu tellement de résistance, car c'était tellement logique, on l'a tellement bien expliqué que les gens ont compris l'intérêt <p>Et les médecins ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Il y en a certains qui étaient un peu réticents au début. Ils se sont aperçus assez rapidement de la justesse de la prescription des infirmiers. En disant à chaque fois qu'un infirmier a prescrit une radio, c'est une radio que nous, nous aurions pu prescrire aussi de toute manière 	<ul style="list-style-type: none"> Intérêt intellectuel (x2) Intérêt pécuniaire (x1) Tous formés (x1)
CDS n° 2	<ul style="list-style-type: none"> Elles n'étaient pas toutes motivées. Celle qui a été formée avant son départ IPA parce qu'elle dit oui à tout. Le chef de service était venu la voir à 19h un soir où elle était encore là en lui disant « tu devrais faire ça, c'est génial ». Elle a dit, « bon, il y a de la lumière, je vais voir et je vous raconte » La deuxième, donc Sé. était une infirmière de cardiologie qui était beaucoup plus intéressée par l'éducation thérapeutique. Du jour au lendemain, "maintenant, il va falloir que tu fasses un DU parce qu'on va faire de la coopération". Donc au début, elle a dit oui, mais quand elle s'est rendue compte de la difficulté, elle s'est, dit je ne vais jamais arriver à suivre, c'est pas pour moi. Tout s'effondrait. On a publié une fiche de poste protocole de coopération, ça s'est fait de bouche à oreille. Une est venue, je suis passionnée de cardiologie, c'est vraiment ce que je veux faire <p>Peut-on parler de résistance au changement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Je ne pense pas Une infirmière est venue nous solliciter en nous disant que sa collègue aurait besoin d'aide et qu'elle était partante pour faire le DU. Ça s'est fait comme ça. Elles sont venues à nous On n'a pas eu besoin de motiver et d'impliquer les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> Inciter pour formation pratique (x2) Réticence médicale (x1) Volontaires (x1) Pas tous motivés (x2)
FFCS n° 3	<ul style="list-style-type: none"> Moi j'étais très partant, j'ai trouvé un groupe de 3 médecins qui étaient très partants aussi qui eux avaient saisi l'intérêt et qui étaient formés sous écho, ce qui m'a permis de m'appuyer sur eux aussi Lors de la mise en place, pas pour tous, mais 1 ou 2, j'ai dû convaincre. (Rire). A ma grande surprise, mais c'est très intéressant aussi. On voit qu'eux, ne partageaient pas mon enthousiasme et n'en voyaient pas l'intérêt au début du moins Pas très avenants, un peu à reculons, un peu en trainant des pieds. Elles disaient que ça allait leur prendre du temps. Au début, elles disaient que ça allait prendre du temps et qu'elles n'en avaient pas. Je leur dis que piquer sous écho prend peut-être un peu plus de temps, mais entre essayer 10 fois, s'arrêter, appeler le médecin qui va appeler le bloc, en fait elles gagneront du temps J'ai communiqué en bilatéral et en réunion après sur les bénéfices que ça allait engranger 	
CDS n° 4	<ul style="list-style-type: none"> Elles étaient volontaires et identifiées, car il fallait que ça soit des infirmières avec trois ans d'ancienneté en chirurgie C'était du volontariat, on n'a forcé personne, elles étaient volontaires Pour l'implication, c'était pas difficile, franchement ça n'était pas dur. Pour les médecins, ils se sont mobilisés aussi, vraiment, on n'a pas eu de problèmes d'implication C'était tellement valorisant pour elles. Et en plus, il y avait un gain dans le temps d'attente du patient et dans leur activité aussi du coup 	

Q10	Comment avez-vous procédé pour impliquer et faire participer les professionnels paramédicaux et médicaux au projet ?	Mots clés
Médecin n°1	<ul style="list-style-type: none"> Attendu que ça vienne avec un financement. C'est d'ailleurs ça qui a fait adhérer l'équipe : « au fait, si vous signez les documents et que vous faites tous de la même manière, vous allez avoir un peu plus de sous ». Les IDE, ça les a sécurisés dans leur pratique, car c'était déjà quelque chose qui était fait en dehors de tout cadre <p>Avez-vous eu des réticences de la part des médecins ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Auprès des médecins aucune On est une équipe de 25 docteurs, il y en a 2 qui sont des vieux schtroumfs qui partent à la retraite cette année ou l'année prochaine. Plus sous forme de défiance, ils ont dit « oh ça va être nul ». Depuis que ça a été mis en place, ils ne trouvent rien à redire et trouvent ça super. C'était juste un petit ronchonnement de principe <p>Pour les infirmiers, avez-vous eu des phénomènes de résistance ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Un tout petit peu. Pareil, parmi les vieux. Ils disaient « pourquoi j'irai en formation sur quelque chose que je fais déjà ? ». L'argument, c'était « tu le fais en dehors de tout cadre et tu le fais très bien. Va passer 2 jours et demi en formation, papoter et aller bouffer avec eux à midi pour au final avoir 80 balles de plus par mois ». 	<ul style="list-style-type: none"> Pécuniaire (x1) Crainte deux médecins (x1) Questionnement sur acte déjà exercé par IDE (x1) Facile (x1)
Médecin n°2	<ul style="list-style-type: none"> Ça a été assez facile de leur montrer l'utilité de cette chose-là Les infirmières n'ont pas toutes été emballées par le truc. Elles ont fait un peu de télé-surveillance, elles sont parties. Enfin, on n'a pas eu que des succès hein Après, la sensibilisation à tous les niveaux sur ces nouveaux métiers, ça suscite des envies chez certaines. Donc celles qui viennent frapper à la porte sont les plus motivées <p>Avez-vous eu perçu des réticences ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Non. Après, certaines n'ont pas adhéré pour des raisons certainement plus globales. Le fait que le boulot ne plaisait pas 	
Médecin n°3	<p>N'est pas intervenu</p> <p>Qu'en est-il de l'implication des paramédicaux ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Remettre en question une organisation qui fonctionne depuis longtemps... (souffle). J'ai l'impression qu'on a plus de mal à les bouger quoi <p>Avez-vous eu des réticences de la part des médecins ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Non tout le monde était d'accord. C'est un vrai sujet au quotidien l'accès veineux dans notre service. La drépanocytose représente un quart de notre activité en hospitalisation chez des patients très difficiles à perfuser. Tous les jours, il y a la question de poser une perfusion difficile dans le service. Il y a un vrai besoin de trouver une solution 	

Q 10	Quels ont été les critères de détermination de l'équipe paramédicale déléguée?	Q11	Quels ont été les critères de détermination de l'équipe médicale déléguée?	Mots clés
CDS n° 1	<ul style="list-style-type: none"> Des critères spécifiques, mais qui rentraient déjà dans le protocole. Il fallait être formé à l'accueil et avoir un certain nombre d'années d'expérience Le principe, c'était qu'il fallait que l'ensemble de l'équipe fasse le protocole parce qu'il ne fallait pas un jour où c'est bon et un jour où ce n'est pas bon. Donc on a formé tout le monde en même temps Il n'y a pas eu de critères les anciens d'abord, les jeunes après. Ça c'est même pas basé sur les compétences. Après, il a fallu faire un état des lieux, car les anciens n'avaient pas fait les formations d'accueil alors que c'est un préalable au protocole. Donc il a fallu les envoyer en formation d'accueil Je les briefais sur comment tu fais le protocole. J'ai même fait des interventions pour voir comment ils parlaient aux patients 	Médecin n°1	<ul style="list-style-type: none"> Tout le monde a été en formation parce que c'était ça le deal. On peut le déployer si tout le monde a été formé. Il n'était pas acceptable pour le patient, qu'il y ait une variabilité majeure entre les jours de la semaine en fonction de l'infirmier qui est à l'accueil. Qu'il y ait des journées où on n'est pas capable parce que le roulement d'équipe est fait de telle sorte. C'est une rupture d'égalité pour nos patients. Pour nous, c'était le prérequis Les prérequis, c'est être apte à occuper le poste d'infirmier et d'orientation d'accueil. Un poste qui nécessite déjà des compétences C'est occuper le poste d'IOA et être formé à le faire 	CDS <ul style="list-style-type: none"> Critères du protocole (x4) Intégralité des IDE formés (x1) Non basé sur les compétences (x2) Formation continue pour IAO (x1) Organisation (x1) Les plus anciens (x1) Volontariat (x1) Implication (x1) Compétences techniques (x1) Qualités relationnelles (x3) Médecins <ul style="list-style-type: none"> Intégralité des médecins formés (x1) Compétences spécialités/techniques (x2) IDE : plutôt les jeunes que les anciens (x1)
CDS n° 2	<ul style="list-style-type: none"> Le chef de service était venu la voir à 19h un soir où elle était encore là en lui disant « tu devrais faire ça, c'est génial ». Il y avait des incompatibilités de caractères tout de suite. Lors du recrutement, je l'ai vue 2 fois, j'avais déjà un ressenti, je l'ai présentée à l'infirmière en poste qui m'a regardé très rapidement avec des yeux... Mon ressenti était le sien donc on n'a pas donné suite à ce recrutement Les compétences en cardio sont indispensables puisque vous allez devoir suivre un DU en insuffisance cardiaque On regarde les qualités relationnelles bien évidemment. Ce sont des personnes qui vont être plus que sollicitées par des patients Si c'est des gens super émotifs, mal organisés... Je leur disais toujours qu'il ne faut pas avoir peur de travailler seule 	Médecin n°2	<ul style="list-style-type: none"> Il faut être cardiologue au départ Dans les cardiologues, on a plein de sous-spécialités. Il y en a qui font de l'insuffisance cardiaque donc évidemment, on était dedans On est 4 ou 5 médecins cardiologues intégrés dans ce protocole 	
FFCS n° 3	<ul style="list-style-type: none"> J'ai commencé par les plus anciens parce qu'il fallait bien faire un choix sur une si grande équipe. J'ai commencé par ceux qui étaient là depuis le plus longtemps. C'était un moyen totalement arbitraire, pas de lien avec les compétences. On a une dichotomie au sein du service, il y a des très anciens et des très récents qui ne restent pas longtemps. Nos anciens infirmiers sont des piliers Il n'y a pas d'anciens infirmiers sur lesquels on ne pouvait pas compter, qui ne sont pas investis C'était un moyen de faire un choix logique et non discutable On va déjà se mettre au clair avec sa propre pratique 	Médecin n°3	<ul style="list-style-type: none"> De former des infirmières qui sont déjà bien postées et déjà assez anciennes. A mon avis, c'était pas forcément la meilleure des stratégies Dans l'équipe, les gens qui se sont mis à l'échographie, les médecins sont jeunes, ce n'est pas des vieux. Changer vos pratiques quand ça fait 20 ans que vous travaillez d'une certaine façon, c'est plus compliqué que quand vous commencez Je pense qu'on aurait dû en prendre des plus jeunes, déjà là depuis quelque temps mais peut-être diplômés depuis moins de 5 ans. Entre 5 et 10 au maximum ⇒ Et pour les médecins ? On n'est pas tous délégués, on n'est que 3. On est 3 praticiens hospitaliers dans le service et ce sont les 3 praticiens hospitaliers qui ont eu cette formation sur une journée de pose de voie veineuse sous échographie. On est 2 médecins à être vraiment formés et formateurs et on est assez experts pour former les autres, les internes. Les autres sont des utilisateurs ponctuels, y compris le troisième praticien hospitalier qui a eu la formation. 	
CDS n° 4	<ul style="list-style-type: none"> 3 années d'expérience, dont une en consultation et deux ans en chirurgie oncologique ou consultation chirurgicale. Déjà, ça en élimine. Celles qui avaient cette expérience-là, il y en a soit qui n'ont pas voulu où à qui on n'aurait pas proposé Les conditions du protocole et le volontariat ⇒ Vous dites avoir écarté certains professionnels, sous quels critères ? Les critères étaient l'implication dans le service : participation au programme institutionnel. Vraiment celles qui sont partie prenante des projets du service et qui ont une activité transversale. Les compétences, c'est l'hygiène et l'asepsie Ce sont des compétences techniques et des compétences comportementales qui sont l'investissement dans le service et la participation aux différents projets. 			

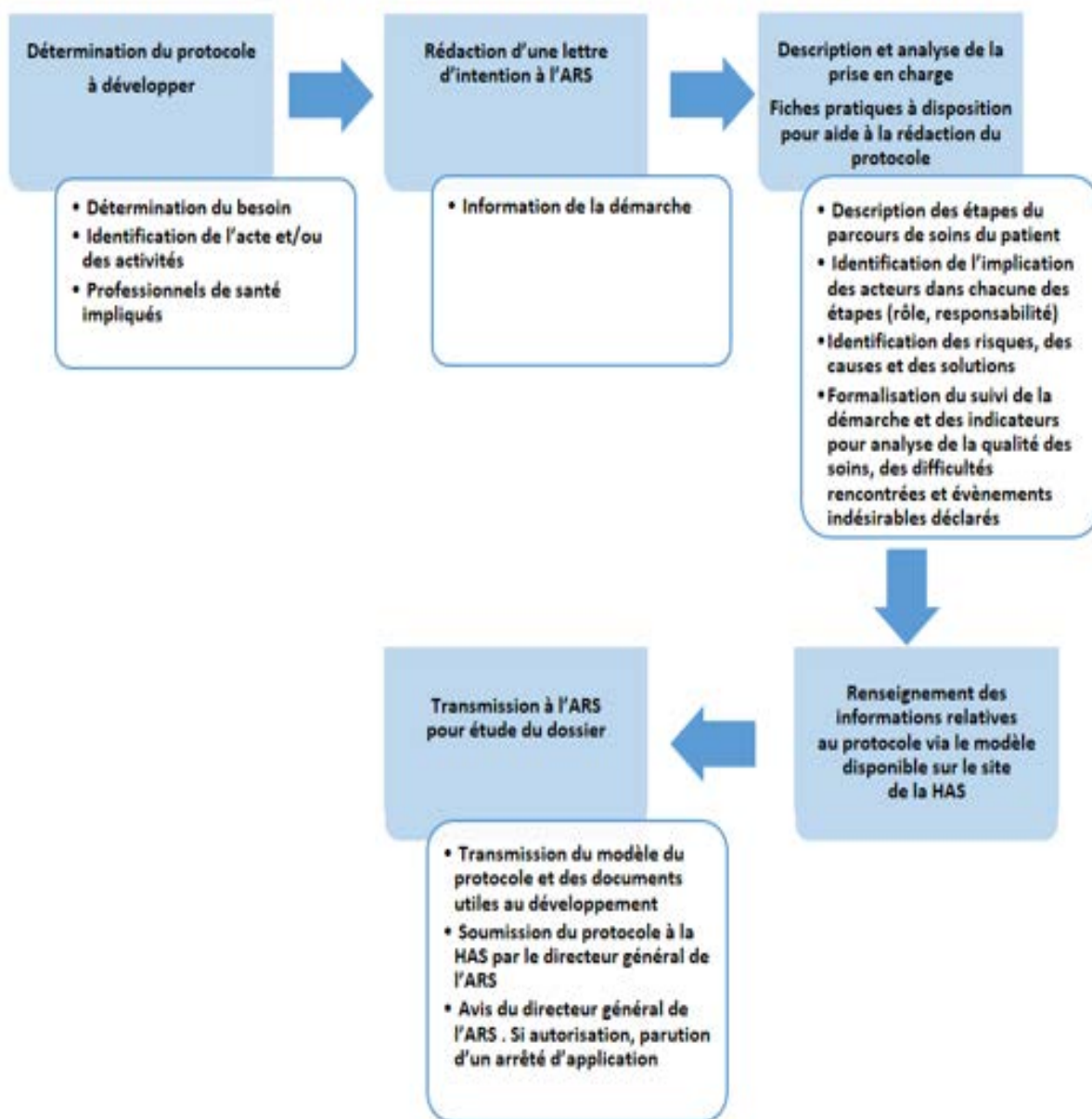
Q 11/Q12	Que pouvez-vous me dire concernant la satisfaction des équipes paramédicales et médicales ?		Mots clés	
CDS n° 1	<ul style="list-style-type: none"> C'était déjà quelque chose qui était fait sur un coin de table. Ça a permis de les autoriser à faire quelque chose qu'il faisait déjà 	Médecin n°1	<ul style="list-style-type: none"> Ça fait partie de notre pratique courante. Personne n'imaginerait revenir en arrière 	CDS <ul style="list-style-type: none"> Autoriser un acte déjà pratiqué (x1) Satisfaction médicale Satisfaction paramédicale (dont x1 mitigée) Médecins <ul style="list-style-type: none"> Satisfaction paramédicale et médicale (dont x1 mitigée) Motiver les IDE pour la formation pratique
CDS n° 2	<ul style="list-style-type: none"> Ça se passe très bien, les médecins sont très fiers. Tous les chefs de service et vous imaginez bien, sont très fiers et c'est normal, c'est très bien. Ils parlent de leurs équipes, de ce qui a bien été, de leurs difficultés aussi ⇒ Concernant les paramédicaux ? Elles sont satisfaites d'avoir développé leurs compétences et puis ce sont des postes dédiés On n'a pas changé les horaires. Elles ne bossent pas le week-end ni les jours fériés 	Médecin n°2	<ul style="list-style-type: none"> On arrive ici à mettre en avant ce qu'on a dit. Ça permet de les conforter, parce qu'elles sont à leur place, qu'elles sont écoutées, qu'elles ont de la valeur Elles ont un peu peur de la quantité de travail et à juste titre. Ça prend une ampleur et elles s'investissent énormément Il faut faire attention à ce qu'il y ait le nombre de personnel suffisant parce que c'est malgré tout très chronophage quand on est en lien avec des patients Elles sont très contentes de la place qu'elles ont, mais elles ont un peu peur de voir que les choses s'emballent et d'avoir beaucoup de choses à faire 	
FFCS n° 3	<ul style="list-style-type: none"> Comme on est encore dans la phase de mise en place, j'aimerais bien pouvoir dire que tout le monde est ravi, que ça marche du feu de dieu et que c'est rentré dans les pratiques coutumières. Ça va l'être, ça va prendre des mois encore De satisfaction en tant que telle, il n'y en a pas encore, car ce n'est pas encore rentré dans les pratiques et mis en place comme ça le devrait ⇒ Concernant les médecins ? Les médecins pour l'instant, c'est difficilement mesurable, ça leur prend du temps, mais je pense qu'après ça va le faire. Pour l'instant, il faut le temps que tout se cale, que chacun prenne ses marques 	Médecin n°3	<ul style="list-style-type: none"> Pour moi, on n'est qu'au début du projet et ça n'a pas encore donné ses fruits effectifs. Pour le moment, je les sens encore un peu frileuses par le temps que ça leur demande, l'organisation. Un peu réticentes. Mon impression, c'est qu'il faut les forcer un peu. Quand on nous appelle pour poser une voie veineuse sous échographie, c'est parfois le médecin qui nous appelle. On doit dire « mais en fait, ton infirmière elle est dans le protocole de coopération, elle est formée à la poser donc c'est elle qui va le faire ». On préférerait que ça vienne d'elles. Moi ça ne m'est pas encore arrivé. Les infirmières viennent me chercher en me disant "je dois perfuser le malade, je dois le faire sous échographie" 	
CDS n° 4	<ul style="list-style-type: none"> Tous très satisfaits. Les infirmières étaient très satisfaites et cinq ans après, on me le redit encore ⇒ Concernant les médecins ? Pareil, tous très satisfaits 			

Q 12/ Q 13	Qu'en est-il de la satisfaction des patients ?	Mots clés	
CDS n° 1	<ul style="list-style-type: none"> Le principe du protocole de coopération, c'est qu'il faut une autorisation du patient. C'est pour ça que certains protocoles sont des débats sans fins qui ne pourront jamais avoir lieu parce qu'il faut l'autorisation du patient C'est du consentement induit. Tu dis « Je suis X, je suis infirmier, c'est moi qui vais prescrire la radio ». On considère que si le patient ne dit pas non, c'est que c'est oui. Bon, c'est un peu foireux mais discutable On n'a eu aucun rejet de patients. Alors pourquoi ? Ou parce que le patient n'a pas compris que l'infirmier n'a normalement pas le droit de prescrire une radio ou et c'est ce que je pense, parce qu'il s'en fout. Je pense sincèrement que ce genre d'actes, mais pour un geste commun comme pour une prescription d'une radio d'une main, on s'en fiche de savoir qui prescrit la radio. Le plus important, c'est qu'il y ait la radio point A partir du moment où ils savent que la personne est formée pour et qu'elle est compétente, son statut l'importe peu. Eux, ils voient qu'ils sont pris en charge assez rapidement du coup, qu'ils n'attendent quasiment pas pour avoir leur radio, et que le délai d'attente est juste pour voir le médecin 	<ul style="list-style-type: none"> On leur demande bien évidemment leur accord systématiquement. Ils peuvent dire non Au début, on avait fait des questionnaires de satisfaction qui disaient que les patients étaient satisfaits, mais c'était difficile de dire qu'on est satisfait quand il n'y a pas de comparateur. Ils nous disaient que c'était super ce qu'on faisait, mais on aurait pu leur demander sans avoir mis en place le protocole, ils auraient dit la même chose => Avez-vous eu des refus de patients ? Ça se compte sur les doigts d'une main, il y en a eu très peu Le risque est quasi inexistant sur ce protocole-là. C'est une prescription anticipée, ce n'est pas l'infirmier qui fait la radio. En plus, le patient est revu systématiquement par la suite par un médecin 	<ul style="list-style-type: none"> CDS Consentement par information (x2) Pas ou très peu de refus patients (x2) Satisfaction (x3) Patients rassurés, confiants (x1) Médecins Consentement par information (x1) Questionnaire satisfaction abandonné (x1) Satisfaction (x3)
CDS n° 2	<ul style="list-style-type: none"> Ils adorent ! Ils sont hyper satisfaits. Parce qu'ils vous appellent, il y a toujours quelqu'un qui décroche Ils sont rassurés tout de suite, ils sont en confiance la plus totale Ils sont très en sécurité, ils ont un pied à l'hôpital en permanence. Ils savent très bien qu'ils vont avoir quelqu'un pour les rassurer immédiatement et même les soigner immédiatement 	<ul style="list-style-type: none"> Les patients sont tous extrêmement satisfaits Après, on a fait les choses en douceur. Elles sont venues en consultation initialement en compagnonnage. Elles se présentaient, elles demandaient si elles pouvaient rester, c'était toujours oui. Après, on a instauré ça en disant que la prochaine fois ça serait elles et ça s'est fait 	
FFCS n° 3	<ul style="list-style-type: none"> Il y a cette histoire de consentement. Alors dans le protocole qu'on applique chez nous, il faut une traçabilité du consentement mais qui peut être une simple note. Il n'y a pas de papier à signer et heureusement d'ailleurs car c'est très formel, c'est presque attention. " on se décharge de toute responsabilité, c'est pas le médecin qui va le faire mais l'infirmière, attention, ça n'est qu'une infirmière" Le patient, dans le cas des drépano sait très bien que ce sont les infirmières qui piquent et pas le médecin Possibilité de pouvoir soulager cette personne qui est en train de se tordre de douleur 	<ul style="list-style-type: none"> Le retour des patients est toujours très bon En plus, ils trouvent ça super moderne. Ils sont très impressionnés par la technologie. Ça les rassure globalement qu'on utilise des techniques modernes pour améliorer leur prise en charge 	
CDS n° 4	<ul style="list-style-type: none"> On a des indicateurs sur l'accord du patient. Il y a eu un refus de patient. Tous les patients acceptent et sont satisfaits, il n'y a pas eu à ma connaissance de désavantage à cette pratique 		

Q 13/ Q 14	Comment voyez-vous l'avenir du système de soins et la place des protocoles de coopération dans les établissements hospitaliers ?	Mots clés	
CDS n° 1	<ul style="list-style-type: none"> Tu ne peux pas généraliser un protocole de coopération, car il doit répondre à ton service. Le protocole de coopération répond à un besoin de ton service Administrativement, c'est beaucoup trop lourd à faire, mais c'est bien aussi parce qu'il ne faut pas que ça devienne la porte ouverte à n'importe quoi. Il faut qu'il y ait un vrai contrôle C'est un outil comme un autre, je pense qu'il a sa place, après faut voir maintenant avec les IPA qui arrivent. Mais les IPA, c'est une autre profession. Pour moi le protocole, c'est un outil pour optimiser les organisations soignantes Ça demande trop de rigueur, trop de travail, c'est personne dépendante C'est que c'est trop dépendant de personnes volontaires, motivées => Y a-t-il des limites ? Si ce n'est pas un projet de service, si le cadre n'est pas dynamique pour mettre ça en place, ça ne marchera jamais C'est trop lourd administrativement pour le déléguer à quelqu'un d'autre 	<ul style="list-style-type: none"> On est très hospitalo-centré et doctoro-centré. Pour moi, ce sont deux erreurs. On persiste à penser que l'unique producteur de soins est le docteur et que le reste des personnes intervenant dans le soin ne sont que des exécutants L'avenir des protocoles de coopération, la vocation même d'un protocole de coopération est à mon sens de disparaître. Totalemment. Il doit passer dans la pratique courante ECG par exemple, quand il y a eu la réingénierie du métier aide-soignant par la DGOS il n'y a pas longtemps. C'est complètement fou qu'ils n'aient pas intégré l'ECG dedans, c'est complètement dingue Après, la facilité de mise en pratique, le fait que ça soit plus facile de déployer les protocoles de coopération que ce que ça n'était encore il y a 3 ans, est un plus majeur Parce qu'encore une fois, l'institution nous a accompagnés. La personne qui s'occupe de ça est phénoménale., c'est la cheffe de projet des protocoles de coopération => Y a-t-il des limites ? Il y avait des freins administratifs qui se sont pas mal levés avec le niveau local et national. Des limites... notre imagination Limite qu'il ne faudra pas dépasser, celle de l'obtention de l'accord du patient 	
CDS n° 2	<ul style="list-style-type: none"> Je ne sais pas ce qu'il faut faire pour que l'hôpital se relève C'est devenu un monde, on parle de bientraitance, soit il n'y en a plus du tout nulle part, en tout cas, c'est pas à l'hôpital qu'il y en a Je n'ai absolument aucune idée comment faire pour le relever à part tout démolir et tout recommencer à la base Les protocoles de coopération et les infirmières de coordination, c'est pareil, c'est de plus en plus indispensable. Comme les IPA le seront, parce que ça évite aux patients de venir à l'hôpital Il faut développer le plus possible l'ambulatoire Mais il faut développer tout ce qui va ouvrir vers l'extérieur. Les protocoles en font partie, ça va grandir => Y a-t-il des limites ? Toute seule, je ne l'aurais pas fait On a de la chance d'avoir notre référente pour nous aider Un cadre sur une unité de soins qui a ses plannings à gérer. Si vous lui dites qu'il faut créer un protocole, il va se dire « ouais... super », par où je commence. C'est un gros projet qui demande du temps. Si vous êtes seul et que vous n'avez pas d'aide, au niveau de la direction des soins par exemple, il faut être solide 	<ul style="list-style-type: none"> Système de soins, je suis un peu désillusionnée. C'est un système qui use l'homme avec un grand H Je pense que ces protocoles-là ont de la place. Ils ont de la place, car c'est finalement quand même l'objectif de faciliter. C'est quelque chose qui est mis en place et plutôt facilitateur pour le circuit, les collaborations, le partage du travail, le circuit patient, la satisfaction du patient C'est bénéfique et que tout le monde s'y retrouve. Donc si ce système de santé continue à exister, je pense qu'il y a de la place pour ces choses-là. Je pense qu'il faut essayer de les développer On y gagnerait à adhérer à ce genre de protocoles et après avec un déploiement différent selon les lieux Une IPA, alors ce n'est pas au-dessus, c'est des compétences encore plus multiples. Elle peut faire des protocoles de coopération bien sûr, mais il y a de la réflexion, de la stratégie, de la recherche, de la logistique Mais sinon je pense qu'avec des choses bien ficelées comme le protocole de coopération, chacun à son rôle 	<ul style="list-style-type: none"> CDS/Médecins Système de santé en souffrance (x3) Protocoles de coopération ont leur place (x5) Modification contour du métier paramédical (x1) Intégration des compétences dans décret (x2) Centre de formation à flécher pour les protocoles (x1) Limites : Administratif lourd (x1) Personnes motivées (x1) Etre accompagné (x1) Prend du temps (x2) Départ personnel (x1) Qualité des formations inégale (x1)
FFCS n° 3	<ul style="list-style-type: none"> La situation est catastrophique. On paie les conséquences de la déconsidération de l'infirmière depuis 1 siècle, de prendre l'infirmier pour des petites mains Les protocoles de coopération médicaux, ça me paraît être un des axes de travail Le métier infirmier change. Il change parce que les modes de prise en charge changent, on replace le patient au centre de sa prise en charge. Il y a de nouveaux actes, il y a des nouveaux métiers. Les nouveaux métiers IPA qui sortent. La France est très en retard sur ça. On a des médecins qui freinent des quatre fers. J'ai un collègue qui fait des études pour être IPA d'urgence, ce sont les médecins qui freinent en disant que ça va être de la sous-médecine J'aimerais bien que ça se développe, que les infirmiers puissent faire plus d'actes sous contrôle évidemment, sous réserve d'être formés Enfin, je pense qu'il y aura une sorte de switch, de glissements de tâches. Les protocoles de coopération, j'aimerais bien en remettre pour les AS 	<ul style="list-style-type: none"> L'avenir du système de soins en général, je le vois assez sombre, qu'il ne pourra pas tenir comme ça Il faut qu'on revoit nos organisations sur plein de sujets et le problème, c'est qu'il faut revoir tellement les choses en profondeur Je ne sais pas comment faire une telle révolution sans que le système ne s'effondre, sans une remise en question Les protocoles de coopération, les progrès vont beaucoup dans le corps médical. Ils ont beaucoup d'impact sur le médical Pour une infirmière, je ne suis pas sûr que sa pratique ait tellement évolué par rapport à notre pratique médicale Il n'y a pas de raison que les outils modernes dont on bénéficie n'arrivent pas à l'infirmière. Je pense à l'intelligence artificielle, aux outils connectés Les protocoles de coopération, ils peuvent aider à changer le cadre Dans la formation et dans l'encadrement, on reste très proche d'un cadre légal. L'infirmière a le droit, n'a pas le droit de faire ça. Dans l'esprit, on n'aide pas beaucoup les infirmières à sortir de leur cadre légal. Quand ça nous arrange pour la sécurité okay, mais quand ça ne nous arrange pas pour l'efficacité, on ne met pas de cadre => Y a-t-il des limites ? Ça pose un autre problème, un frein, c'est qu'en fait, on se trouve à faire ça pour les patients les plus difficiles à perfuser et ce n'est pas sur ceux-là qu'il faut apprendre. Il faudrait qu'elles se fassent la main sur des patients pour lesquelles elles arriveraient à perfuser sans. Et donc c'est aussi pour ça que pour elles ce n'est pas intuitif 	
CDS n° 4	<ul style="list-style-type: none"> Si sur les protocoles de coopération qui sont majoritaires, il pouvait exister des formations clé en main où on inscrit pour trois jours l'infirmière plutôt que de devoir le monter au sein de l'institut puisque que c'est ce que nous on avait fait, je pense que ça simplifierait l'intégration des nouvelles infirmières, je pense que ça peut faciliter S'il y a beaucoup de protocoles de coopération qui fonctionnent au sein de plusieurs établissements un peu partout, pourquoi ne pas l'intégrer directement dans les compétences infirmières Si beaucoup d'adhérents, est-ce que ça ne veut pas dire que c'est quelque chose grand public et qu'il faut penser différemment Confusion aujourd'hui, c'est la différence entre les protocoles de coopération et les IPA. Ça n'est pas clair dans "qui fait quoi et pourquoi". Ce n'est pas la même chose. Il faut réussir à les autoriser de manière beaucoup plus simple Il y a l'entre-deux où je me dis que pour les simplifier et pouvoir les développer davantage peut être avoir des formations standardisées, parce que c'est pareil, la qualité de la formation elle est dépendante des centres => Y a-t-il des limites ? Sauf que cinq ans après, on avait quatre infirmières formées dont une est partie à la retraite, une autre qui a changé de fonction et d'établissement et il en reste deux. Je pense que derrière on n'a pas reformé. C'est un peu la difficulté des protocoles de coopération, c'est que derrière, il faut suivre et si la demande de formation théorique et de compagnonnage est toujours aussi importante, réinvestir ce temps dans la formation tout le temps de deux ans sur des équipes qui tournent 		

Annexe 9 - Démarche à la création d'un protocole de coopération⁹⁴

Processus de création d'un protocole de coopération



⁹⁴ Informations recensées sur HAS. (Avril 2012). *Coopération entre professionnels de santé - Mode d'emploi*. Récupéré sur www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@22-23

MÉMOIRE

Les protocoles de coopération entre professionnels de santé à l'hôpital Le rôle du cadre de santé

Amandine LANDRIN

MOTS CLÉS

Protocole de coopération - Cadre de santé -
Management - Compétences - Implication

KEY WORDS

Cooperation protocol - Health executive -
Management - Competences - Involvement

RÉSUMÉ

Les protocoles de coopération sont une avancée majeure du système de santé.

Ils offrent la possibilité aux professionnels de santé volontaires d'exercer dans le cadre de leurs missions des activités ou des actes dérogatoires. Cela n'aurait pu se faire sans évolutions législatives ayant permis l'encadrement de ces pratiques.

Malgré un retard au démarrage quant au déploiement de ces dispositifs et à un système de santé en souffrance, les protocoles de coopération tendent à se développer depuis plusieurs années au sein des établissements hospitaliers. Ce secteur d'activité semble être un lieu idéal à l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles. Face à une population en demande de soins associée à une pénurie de l'effectif médical, les protocoles de coopération répondent partiellement à ces maux. La qualité et la sécurité des prises en charge des patients restent les objectifs principaux des établissements de santé. L'exercice managérial du cadre de santé dans la mobilisation et l'implication des professionnels à l'adhésion de ces projets de coopération est primordial. Il s'agit dans ce travail de recherche d'identifier les actions d'intervention mobilisées par le cadre de santé au développement d'un protocole de coopération dans un service de soins.

ABSTRACT

Cooperation protocols are a major progress in the healthcare system.

They allow voluntary health professionals to carry out activities or acts that are not part of their missions. This would not have been possible without legislative developments providing a framework for these practices.

Despite a delay in the deployment of these mechanisms and a distressed health system, cooperation protocols have tended to develop for several years within hospitals. This line of business seems to be an ideal context for emerging professional practices. In a situation of increasing care demand from the population, in association with a shortage of medical staff, cooperation protocols are a partial response to these problems. The quality and safety of medical care remain the main goals of health care institutions. The managerial duty of the health executive is essential in mobilising and involving professionals in these cooperation projects. The aim of this research work is to identify the response actions involved by the health executive in the development of a cooperation protocol within a care service.