



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2012**

Date du Jury : **Décembre 2012**

**Les coopérations entre professionnels
de santé, quelle stratégie pour le
directeur des soins**

Guillaume VOLLE

Remerciements

Aux professionnels,

Qui ont accepté de participer aux entretiens et qui m'ont permis d'étayer ma réflexion.

A Sandrine,

Mon épouse qui m'a encouragé et soutenu dans la concrétisation de mon projet et qui, pendant cette période de formation, a donné un petit frère, à Clément et Théo.

A ma mère,

Pour son aide et son soutien.

A Philippe,

Mon ami ardéchois et mon voisin, rencontré... à Rennes.

A la promotion « Simone Veil »,

Qui par son ambiance, m'a porté durant cette année. Je souhaite aussi témoigner de ma fierté d'appartenir à ce groupe.

A Marc,

Qui sait toujours placer « les coopérations entre professionnels de santé », en toutes circonstances !

Sommaire

Introduction.....	1
1 Le protocole de coopération entre professionnels de santé, outil novateur et encore peu connu.....	5
1.1 Les éléments de contexte et le cadre règlementaire	5
1.1.1 <i>Des expériences étrangères de montée en compétences infirmières</i>	5
1.1.2 <i>La France en retard... mais une démarche cohérente</i>	6
1.1.3 <i>Un contexte général peu propice, mais qui évolue</i>	9
1.1.4 <i>Le cadre législatif et règlementaire</i>	11
1.1.5 <i>L'élaboration du protocole de coopération par les professionnels de santé et leur adhésion.</i>	13
1.1.6 <i>Les enjeux</i>	15
1.1.7 <i>Où en est-on aujourd'hui ?</i>	16
1.2 Cadre conceptuel et théorique	17
1.2.1 <i>Le concept de coopération</i>	17
1.2.2 <i>Des compétences à développer pour coopérer entre professionnels.</i>	19
2 Une analyse compréhensive des situations de terrains.....	23
2.1 Choix de la méthode	23
2.1.1 <i>Outil d'enquête</i>	24
2.1.2 <i>Présentation des personnes et des lieux enquêtés</i>	24
2.1.3 <i>La réalisation de l'enquête</i>	25
2.1.4 <i>Les limites</i>	25
2.2 L'analyse de l'enquête	26
2.2.1 <i>Un retard au démarrage</i>	26
2.2.2 <i>L'information et la communication autour de la coopération</i>	29
2.2.3 <i>Des obstacles à l'engagement dans une démarche de coopération</i>	30
2.2.4 <i>Des leviers possibles pour le directeur des soins</i>	32
2.2.5 <i>Les facteurs incitatifs et les bénéfiques pour les professionnels.</i>	34
2.2.6 <i>Des compétences à développer</i>	36
3 Une stratégie managériale pour le directeur des soins	39
3.1 Une culture de la coopération entre professionnels à développer	40
3.2 La contribution du directeur des soins.....	42
3.2.1 <i>L'incitation à la coopération</i>	42
3.2.2 <i>La communication</i>	44
3.2.3 <i>L'accompagnement du directeur des soins</i>	46
3.2.1 <i>L'information au patient</i>	49
Conclusion.....	51

Sources et bibliographie	53
Liste des annexes	I
Annexe 1	II

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CME : Commission Médicale d'Établissement
CPS : Coopération entre Professionnels de Santé
CS : Cadre de Santé
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSP : Code de la Santé Publique
CSS : Cadre Supérieur de Santé
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DS : Directeur des Soins
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FHF : Fédération Hospitalière de France
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PRS : Projet Régional de Santé

Introduction

L'évolution démographique de la population française et des professionnels de santé demandera que le système de santé ajuste les pratiques médicales et paramédicales. Les professionnels de santé paramédicaux seront amenés à prendre une place plus importante dans la prise en charge du patient dans son parcours de soins.

La population française continue de vieillir sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom. En effet, la part des personnes de 60 ans ou plus (15,3 millions de personnes) a augmenté (23,5% de la population au 1er janvier 2012 contre 20,6% en 2000). Jusqu'en 2035, le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera fortement : les générations nombreuses, nées après la seconde guerre mondiale et avant 1975, issues du baby-boom, auront alors toutes atteint 60 ans. Selon les estimations, en 2030, les personnes de plus de 60 ans représenteront 29,4% de la population et 32,1% en 2060.¹ « Le nombre de malades atteints de pathologies chroniques croît et ce d'autant plus que la proportion de personnes déclarant une maladie chronique augmente fortement avec l'âge, passant de 15 % pour les 15-24 ans (36,9 % chez les 15 ans ou plus) à 76 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. »²

Maladies chroniques et vieillissement de la population, appellent à développer de nouvelles prises en charge plus graduées et mieux coordonnées. Si l'on ajoute à cela le phénomène de raréfaction médicale et l'inégale répartition de la population sur le territoire, l'idée d'adaptation de l'offre de soins prend aujourd'hui tout son sens et tous les acteurs de santé sont concernés. On compte, aujourd'hui, en France environ 217 000 médecins. D'ici à 2019, cet effectif devrait diminuer d'environ 10%. Ce n'est qu'à l'horizon 2030 que l'effectif des médecins retrouvera son niveau actuel³. Selon le conseil national de l'ordre des médecins, il se confirme, pour 2011, la faible augmentation des entrants (+2,5%) et l'augmentation beaucoup plus importante des sortants (+11,2%)⁴. Enfin concernant la répartition sur le territoire, avec une densité médicale métropolitaine de 307 médecins pour 100 000 habitants, elle varie de 239 à 370 selon les régions⁵.

Pallier au problème de démographie médicale demandera nécessairement d'explorer des voies nouvelles de répartition des actes médicaux et paramédicaux.

¹ Données INSEE, Projection de population par grand groupe d'âge. www.insee.fr/fr/themes

² L'état de santé de la population en France - Rapport 2011, p. 31.

³ ONDPS, 2009, *Le renouvellement des effectifs médicaux*, p. 110.

⁴ CNOM, 2011, *Atlas de la démographie médicale en France*. p. 1.

⁵ *Ibid.*, p. 15.

Si à l'étranger les exemples de transferts de tâches sont nombreux et parfois anciens, comme nous le montre la littérature internationale, avec l'utilisation des coopérations pour renforcer le secteur des soins primaires, tels que les soins courants et la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, en France, la coopération entre professionnels de santé (CPS) est une préoccupation assez récente et date d'une dizaine d'années. C'est à la suite du rapport de 2002 de la mission « Démographie des professions de santé »⁶, que des transferts d'actes et délégations de compétences entre les médecins et les personnels paramédicaux ont été expérimentés avec succès depuis 2004. La Loi de 2004⁷ relative à la politique de santé publique est venue donner une base légale à la mise en œuvre d'expérimentations de CPS.

Puis en 2009, la Loi⁸ « Hôpital, patient, santé, territoire (HPST) » donne la possibilité durable pour les professionnels de santé de déroger à leurs décrets d'actes et d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins dans le cadre de protocoles définis. Cette réforme constitue une avancée majeure pour notre système de santé et vient affirmer la porosité de la ligne de séparation entre les métiers. Cette organisation d'initiative du terrain, sorte « d'arrangements » entre professionnels, conduit à un réajustement des rôles et des compétences des partenaires de soins. Ce dispositif encadré règlementairement permet de restituer à sa juste place la réalité des pratiques et de répondre à des besoins de santé. Ces nouvelles modalités d'exercice-partagé nécessitent des régulations, une clarification des tâches et des responsabilités, ainsi qu'une autre conception de l'organisation générale de l'équipe de soins.

Les directeurs des soins (DS) par son positionnement institutionnel, participe à l'adaptation de l'offre de soins ainsi qu'à l'évolution de la demande en soins du territoire de santé. Il est aussi responsable des activités de soins et garant de leur bonne exécution, dans une organisation qui respecte les champs de compétences de chacun et les normes règlementaires. Il s'agira pour lui d'accompagner les structures et les équipes qui auront des projets de protocole de coopération. Le dossier est relativement « lourd et complexe »⁹ même si les supports et les modèles de protocoles ont évolués. Les CPS, sont positionnées au cœur des organisations de soins, chargées de veiller à une réponse adaptée au besoin de santé du territoire de l'établissement de santé. Soucieux d'apporter

⁶ BERLAND Y., GAUSSERON T., novembre 2002, *Démographie des professions de santé*.

⁷ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article 131.

⁸ Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme hospitalière et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁹ LE LUDEC T., et al. Janvier 2012, « Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : mise en œuvre et perspectives », *Les cahiers hospitaliers*, p. 23.

une réponse adaptée, dans le respect la qualité et de la sécurité des soins, le directeur des soins, dans le cadre de ses missions, doit s'emparer de cette problématique et mettre en œuvre des stratégies pour favoriser les CPS au sein de son établissement. Si le dispositif repose sur l'initiative et la volonté des professionnels de santé, l'élaboration d'un protocole de coopération, l'adhésion des personnels et le suivi de la mise en œuvre de ces nouvelles modalités d'exercice nécessitent un accompagnement des équipes.

La question qui guidera notre réflexion et notre travail sera la suivante : Quelle contribution du directeur des soins dans l'incitation et dans la mise en place des protocoles de coopérations entre professionnels de santé au sein de l'établissement ?

Plusieurs sous-questions ont émergé de ce questionnement :

Alors que les textes d'applications ont plus de deux ans, pourquoi aussi peu de protocoles sont-ils autorisés ? Quels sont les freins ? Ce dispositif est-il suffisamment connu des acteurs hospitaliers ? Quels sont les champs de soins les plus propices à la mise en œuvre d'une CPS ?

Quel est le niveau de compétence attendu pour la dérogation des actes ? Comment l'évaluer ? Quelles sont les conditions favorables à la mise en place de protocoles ? Quels sont les leviers institutionnels dont dispose le DS ?

Quels freins peut-il rencontrer au niveau de l'institution ?

Quels outils d'information et de communication sont-ils nécessaires pour l'accompagnement au développement des CPS ?

Quels enjeux pour la coopération entre professionnels de santé et l'évolution des métiers en santé ?

Au niveau de la méthodologie, dans un premier temps, une recherche bibliographique et documentaire nous a permis d'explorer les constats et de mieux cerner les questionnements du sujet. Des concepts plus larges comme la « coopération », « la professionnalisation » et « l'évaluation des compétences » ont été identifiés comme pouvant être constitutifs des fondements de la démarche de CPS.

Dans un second temps, afin de mieux appréhender les pratiques existantes, les vécus des acteurs, et les dispositifs en place, une enquête de terrain, à partir d'entretiens a été réalisée. Des interviews ont été menées auprès de directeurs des soins en établissements de santé, de conseillers techniques en ARS, de professionnels de santé et d'un enseignant chercheur. Ces acteurs ont tous participé à l'élaboration et/ou la mise en œuvre de CPS, ou ils ont travaillé sur les coopérations de par leur fonction. Une seconde

étape consistera en l'analyse thématique des données recueillis auprès de ces personnes.

Un dernier temps, permettra de dégager des perspectives professionnelles relevant de la contribution du directeur des soins, dans le champ de sa compétence et de sa fonction.

1 Le protocole de coopération entre professionnels de santé, outil novateur et encore peu connu

1.1 Les éléments de contexte et le cadre réglementaire

L'organisation mondiale de la santé (OMS), dans un rapport¹⁰ publié en 2005 sur le défi de la prise en charge des maladies chroniques préconise un changement de paradigme par le passage d'un modèle axé sur les soins aigus à un modèle axé sur les soins chroniques, dicté par la prédominance actuelle des affections chroniques, dont le diabète, les maladies cardiaques, l'asthme, le cancer, le virus du SIDA et la dépression. Si les opportunités offertes par les coopérations semblent réelles, les obstacles demeurent donc nombreux. Comment d'autres pays les ont-ils surmontés ?

1.1.1 Des expériences étrangères de montée en compétences infirmières

Le transfert de compétences des activités médicales aux acteurs paramédicaux s'est organisé depuis parfois de nombreuses années dans plusieurs pays. Les expériences les plus larges concernent les Etats-Unis, le Canada et le Royaume-Uni, où les soignants ont un rôle différent dans le système de santé.

Certaines études citées dans le rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE)¹¹, portent sur la présence de CPS dans la gestion des maladies chroniques et concluent à un gain plus important du fait que l'infirmière donne plus de conseils, propose des programmes d'éducation à la santé du patient. Or, du fait de l'évolution des types de pathologies, les actions de prévention, de promotion de la santé se développent. Ainsi, au Royaume-Uni, il existe un type spécifique de transfert de compétences, les « Community matrons » sont des infirmières expérimentées traitant des patients avec des problèmes chroniques, qui ont des besoins complexes, et risquent de fréquentes admissions non planifiées à l'hôpital. Elles sont capables de prendre en charge au domicile des cas en phase aiguë, pour éviter les hospitalisations.

Cela rejoint les « pratiques avancées » qui s'appliquent aux professionnels qui ont développé des compétences dans un champ particulier et qui ont la capacité de gérer des situations plus complexes de soins que celles réglementées pour leur profession. D'une façon générale on parle d'infirmières spécialisées et des pratiques professionnelles avancées dans le domaine des soins infirmiers. Le Conseil international des infirmières a adopté en 2002, la définition suivante : « une infirmière diplômée d'État qui a acquis les

¹⁰ OMS, 2005, *Former les personnels de santé du XXIe siècle, le défi des maladies chroniques*

¹¹ DELAMAIRE, M.-L. et G. LAFORTUNE, 2010, *Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*, Éditions OCDE.

connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée. »

En Australie et au Royaume-Uni, les médecins semblent vouloir accentuer cette coopération en transférant d'autres compétences, en radiologie par exemple, en proposant de faire interpréter par les manipulateurs en électroradiologie les examens radiologiques « simples ». Les Etats-Unis ont été le premier pays à introduire le droit pour les infirmières de prescrire des médicaments au milieu des années 1970, suivi au début des années 1990 par le Royaume-Uni et l'Australie. Certaines provinces au Canada ont commencé à permettre ce rôle à la fin des années 1990, progressivement étendu depuis. On distingue deux modalités principales de prescription¹² : D'une part, « la prescription indépendante » qui fait l'objet d'un transfert, confiée à des professionnels paramédicaux aux compétences étendues et formés en ce sens. D'autre part « la prescription individuelle sous contrôle ou collective » qui résulte d'un accord local impliquant un ou plusieurs médecins. L'infirmière n'a pas la nécessité de se former du fait du degré élevé d'encadrement de cette pratique.

L'évolution des rôles des professionnels de santé est en mouvement dans bon nombre de pays, mais l'évaluation précise des effets est difficile. Pour Y. Bourgueil¹³, l'analyse peut se faire sous deux formes de coopération : la « diversification » et la « substitution ». D'une part, dans la substitution, certaines tâches antérieurement réalisées par les médecins sont transférées aux infirmiers plus qualifiés. Le principal objectif dans ce cas est de dégager du « temps médecin », et dans le même temps si possible de réduire aussi les coûts. D'autre part, la logique de diversification permet de prendre en charge de nouveaux services non assurés précédemment. Par exemple, dans le cadre de nouveaux programmes de gestions des maladies chroniques ou ces nouvelles activités ne sont pas traditionnellement réalisées par des médecins.

1.1.2 La France en retard... mais une démarche cohérente

La situation est tout autre en France. On ne retrouve pas les mêmes délégations observées à l'étranger, seulement quelques pratiques non reconnues peuvent être identifiées. La France est particulièrement en retard dans le cadre de l'organisation des soins primaires. Depuis dix ans seulement, des réflexions sont menées dans le cadre de

¹² BOURGUEIL Y., les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification, *adsp*, n°70, p. 30.

¹³ *Ibid.*, p.32.

la coopération entre professionnels. Après une période d'expérimentation, la loi autorise les coopérations émanant du terrain, mais à vitesse réduite.

A) Les rapports Berland

Le professeur Yvon Berland a élaboré deux rapports publiés en 2002¹⁴ et de 2003¹⁵ sur la démographie des professions de santé et sur les transferts de tâches montrant l'importance, dans le contexte démographique et économique que nous avons rappelé, de développer les coopérations entre les professionnels de santé pour faire face aux défis que le système de santé doit relever. Une des dix propositions de 2002 était de « redéfinir le contour des métiers, mettre en place un partage des tâches, créer de nouveaux métiers, faciliter les passerelles entre différentes professions de santé ».

Toutefois, il est évoqué dans le rapport de 2003 que « si le contexte de la mission s'inscrit dans le cadre des évolutions démographiques importantes qui suscitent les inquiétudes, la proposition de délégation de compétences n'a pas pour seul objectif de résoudre à terme des problèmes de densité médicale. Elle est également sous-tendue, d'une part par le souci de conserver une qualité de soins dans notre pays et certainement de l'améliorer par une plus grande disponibilité des médecins pour les tâches et activités qui le nécessitent et, d'autre part, par la volonté d'assurer une meilleure adéquation entre formation et exercice professionnel. »¹⁶ Ce n'est donc pas seulement la situation de démographie médicale qui pousse à penser à de nouvelles formes de coopération, mais aussi l'importance de mieux utiliser et valoriser les compétences déjà présentes. À partir des rapports Berland, diverses expérimentations vont être menées et les bases légales des coopérations interprofessionnelles seront progressivement établies.

B) Les expérimentations de coopérations entre professionnels de santé

Ainsi, c'est l'article 131 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui autorise « des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé peuvent être prévues. »

L'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé qui va fixer les modalités précises de ces cinq expérimentations, et notamment la nature et la liste des actes, la durée de l'expérimentation, les établissements et services qui en sont chargés ainsi que les conditions de mise en œuvre.

¹⁴ BERLAND Y., GAUSSERON T., novembre 2002, *Démographie des professions de santé*.

¹⁵ BERLAND Y., octobre 2003, *Coopération entre professionnels : le transfert de tâches et de compétences*

¹⁶ *Ibid.*, p.5

L'évaluation réalisée dans un rapport rédigé par le Pr Y. Berland et le Dr Y. Bourgueil en juin 2006¹⁷, démontre la faisabilité, en toute sécurité pour les patients, de la délégation de tâches dans les domaines et contextes abordés. De plus, une très forte motivation des acteurs médicaux et paramédicaux impliqués dans le soin, de voir évoluer les pratiques vers plus de collaborations entre les professionnels de santé, est mise en exergue. « Ces expérimentations sont en ce sens exemplaires et marquent une étape historique dans l'organisation du système de soins en France ». Enfin, elles montrent que « les résultats obtenus aux bénéfices des patients sont réels par rapport à la pratique médicale habituelle, elle-même non évaluée d'ailleurs, il faut le rappeler ».

L'arrêté du 30 mars 2006, vient valider dix nouvelles expérimentations (dont trois des cinq premières qui sont prolongées) dont le pilotage sera assuré par l'ONDPS et l'HAS.

C) L'évaluation des expérimentations et les recommandations

L'évaluation de ces pratiques expérimentales constitue une phase cruciale dans la démarche. A la suite de résultats d'analyses quantitatives et qualitatives positives, l'HAS et l'ONDPS qui ont évalué ces expérimentations dans un rapport d'étape 2007 énoncent que la coopération entre professionnels de santé est un axe de travail central pour l'avenir du système de santé. De plus, ils concluent que « tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins. »¹⁸

Les conclusions des états généraux de l'organisation de la santé (EGOS), au printemps 2008, allaient dans le même sens : « la modification de la mission des différents professionnels de santé, le partage des rôles et l'articulation des interventions dans le cadre de nouvelles formes de coopération sont des enjeux majeurs pour l'avenir de notre système de santé »¹⁹. Lors du discours de clôture, la ministre de la santé souligne le souhait des professionnels de santé de pouvoir se concentrer davantage sur son cœur de métier. « Très concrètement, les infirmiers effectuent un trop grand nombre d'actes qui occupent leur temps sans solliciter leurs compétences propres, tels que le nursing, quand, dans le même temps, les médecins sont débordés par des actes de suivi qui pourraient être assurés par d'autres. »

¹⁷ BERLAND Y., BOURGUEIL Y., juin 2006, *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*, p. 69.

¹⁸ HAS et ONDPS, janvier 2007, *Délégation, transferts, nouveaux métiers...Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé*, p. 6.

¹⁹ DHOS et ONDPS, *Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS) Synthèse des travaux des 2 journées nationales (8 février et 9 avril 2008)*.

D) Le Haut Conseil des Professions Paramédicales

Autre élément organisant un contexte favorable à l'évolution des métiers est le Haut Conseil des Professions Paramédicales, créé par le décret du 15 mai 2007²⁰. Cette instance interprofessionnelle qui réunit tous les paramédicaux, quel que soit leur mode d'exercice. Elle est chargée « de promouvoir une réflexion interprofessionnelle sur les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels de santé et la répartition de leurs compétences, la formation et les diplômes et la place des professions paramédicales dans le système de santé. »

Le législateur a souhaité, quelques mois auparavant, la création de structures ordinales paramédicales, montrant la reconnaissance de ces professions. Trois professions paramédicales sont concernées aujourd'hui : masseurs-kinésithérapeute, pédicures-podologues et infirmiers.

E) La réforme LMD en 2010

La réforme relative aux études des professions paramédicales, enclenchée en France suite aux accords de Bologne, va aussi dans le sens de l'évolution des métiers. A travers la mise en œuvre d'un cursus LMD, elle permet la redéfinition des programmes de formation qui devra permettre d'enrichir les métiers et les responsabilités des professionnels de santé paramédicaux nécessaires dans le cadre de la CPS. Le dispositif LMD s'inscrit dans « une réflexion plus globale sur l'organisation des soins et la coopération entre professionnels. »²¹ L'évolution des formations dont profitent les professionnels est une condition indispensable à la mise en œuvre de ces coopérations.

1.1.3 Un contexte général peu propice, mais qui évolue

On note plusieurs freins au développement des coopérations interprofessionnelles liés au mode et au cadre d'exercice des professionnels de santé. Les règles relatives à l'organisation de ces professions sont régies par le code de la santé publique (CSP).

Un premier obstacle tient à l'organisation des professions de santé autour du médecin et les autres professions sont construites comme des délégations au monopole médical qui est protégé par l'infraction de l'exercice illégal de la médecine. En effet, L'article L4161-1 du CSP précise qu'exerce illégalement la médecine « toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou

²⁰ Décret n° 2007-974 du 15 mai 2007 relatif au Haut Conseil des professions paramédicales.

²¹ IGAS et IGAENR, septembre 2008, *Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales*, p. 31-32.

supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. » Cependant ce même article précise que ces dispositions ne « s'appliquent pas aux étudiants en médecine [...], ni aux infirmiers ou garde-malades qui agissent comme aides d'un médecin et non plus aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret ». Il s'agit là du système de « décrets d'actes » qui décrit de façon très détaillée le contenu et l'étendue de leur pratique, mais toujours sous l'autorité du médecin, et autorisent donc l'intervention des auxiliaires médicaux auprès des patients.

Pour J. Moret-Bailly, l'organisation des professions qui en résulte est particulièrement figée et de ce fait les frontières entre elles sont relativement étanches. Cette structuration ne prend pas en compte la compétence effective des professionnels (ce qu'ils savent réellement faire) mais uniquement leur qualification attestée par un diplôme. « Les possibilités d'intervention des professionnels dépendent donc bien de leurs diplômes, mais non de leurs compétences. »²² La durée de formation des médecins est effectivement beaucoup plus longue que celles des auxiliaires médicaux. Dans un système qui fait du diplôme l'élément attestant de la qualification, la légitimité d'un professionnel de santé découle de la possession du diplôme. Ces facteurs expliquent pour partie la rigidité du cadre actuel pour les CPS.

La rémunération à l'acte qui constitue un autre frein majeur qui impacte l'indépendance d'exercice et la concurrence entre acteurs libéraux. Tout transfert d'activité se traduit par une perte immédiate de revenu pour le professionnel qui délègue un acte de soin. En milieu hospitalier, l'absence de valorisation financière des actes et activités pratiqués par des paramédicaux dans le cadre d'un protocole de coopération n'autorise pas leur financement, car il n'y a pas actuellement de codification et donc de tarification des consultations paramédicales. Des transferts d'actes pourraient donc aboutir dans certains cas à des pertes financières pour l'établissement. Dans l'évaluation des expérimentations, faite par la HAS, les conditions de financement et de rémunération des professionnels de santé constituaient des facteurs essentiels pour le développement de ces nouvelles formes de coopération.

²² MORET-BAILLY J., mars 2010, « L'organisation juridique des professions : logiques et contraintes », *adsp*, n°70, p. 24.

1.1.4 Le cadre législatif et réglementaire

Afin de répondre de manière adaptée à l'évolution des besoins de santé de la population et de garantir une accessibilité aux soins de qualité sur tout le territoire, la Loi HPST pose le principe général de coopération entre professionnels de santé, en le sortant du cadre expérimental et en supprimant la notion de limite dans le temps. Elle tente par ailleurs, de donner plus de liberté aux professionnels de santé, particulièrement dans l'impulsion et dans l'organisation des CPS.

C'est dans le Titre 2 de la Loi HPST, intitulé « accès de tous à des soins de qualité », qu'est positionné l'article 51. Il est repris dans le CSP aux l'article L4011-1 à L.4011-3 « 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. 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 est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui ». Les professionnels concernés, quels que soient le mode d'exercice et le cadre d'exercice, par les protocoles de coopération sont exclusivement ceux mentionnés à l'article L.4011-1 du CSP.

Cette première liste est issue de la loi HPST :

- Audioprothésiste,
- Chirurgien-dentiste,
- Conseiller en génétique,
- Diététicien,
- Ergothérapeute,
- Infirmier,
- Masseur-kinésithérapeute,
- Manipulateur d'électroradiologie médicale,
- Médecin,
- Opticien lunetier,
- Orthophoniste,
- Orthoptiste,
- Pédicure-podologue,
- Pharmacien,
- Prothésistes et orthésistes
- Psychomotricien,

- Sage-femme.

Puis en août 2011, l'article 60 de la loi Fourcade a élargi le champ des professions de santé autorisées à adhérer un protocole :

- Aide-soignant,
- Auxiliaire de puériculture,
- Préparateur en pharmacie,
- Préparateur en pharmacie hospitalière,
- Technicien de laboratoire médical.

Lors des expérimentations, les coopérations s'effectuaient uniquement d'une profession médicale à une profession paramédicale. Dans le cadre de l'article 51, les combinaisons, sont envisageables entre médecins et non médecins, entre paramédicaux, entre médecins spécialistes et médecins.

Un protocole, soumis à l'ARS, formalise la demande de coopération et vient préciser l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés. En application de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique « L'ARS s'assure que le protocole de coopération déposé est complet. Elle vérifie qu'il répond à un besoin de santé régional, qu'il concerne des professions de santé, et qu'il comporte des actes professionnels dérogeant aux règles figurant dans le code de la santé publique ». L'ARS qui a défini des référents de suivi des CPS, a un rôle d'accompagnement méthodologique. Elle intègre le dossier coopération entre professionnels de santé dans un axe stratégique, « l'ARS suscite la promotion de travaux, est à l'écoute des professionnels de santé et apporte une aide méthodologique. »²³

L'ARS saisit la HAS qui rend un avis sur le protocole. La HAS s'assure notamment, qu'il vise à garantir une égalité d'accès aux soins, de l'efficacité clinique et de la sécurité de la prise en charge, de l'information du malade, de la formation des professionnels concernés, du souhait de conjuguer qualité des soins et optimisation de la dépense de santé. Elle sollicite systématiquement les instances ordinales concernées et, pour les médecins, les conseils nationaux professionnels de spécialité.

Enfin, le directeur général de l'ARS autorise par arrêté, après avis conforme de la HAS, la mise en œuvre de ces protocoles. L'avis de la HAS peut être assorti de réserves qui

²³ RIGON S., ECKMANN L., MORAIS S., janvier 2012, « Accompagnement de projets de coopération entre professionnels de santé. Une mission à promouvoir au sein d'une ARS ? », *Gestions hospitalières*, n° 512, p. 25.

doivent être intégralement prises en compte dans le protocole de coopération. Si les coopérations se révèlent nécessaires, les protocoles peuvent être étendus à tout le territoire national par la HAS.

Un arrêté²⁴ permet au directeur général de l'ARS de décider de mettre fin à un protocole de coopération s'il ne répond plus à un besoin de santé et si des difficultés d'application sont révélées notamment en termes de sécurité des soins pour les patients. Aussi, un décret²⁵ détermine les modalités d'intégration d'un protocole dans la formation initiale ou le développement professionnel continu.

1.1.5 L'élaboration du protocole de coopération par les professionnels de santé et leur adhésion.

L'arrêté du 31 décembre 2009²⁶ (modifiée par l'arrêté du 28 mars 2012) précise les modalités de ces coopérations, à travers deux étapes réglementaires distinctes l'une de l'autre. D'une part, la création d'un protocole de coopération par des professionnels de santé, volontaires. D'autre part, les modalités pour les professionnels de santé qui demandent à adhérer à un protocole de coopération autorisé par l'ARS.

A) L'élaboration du protocole

La procédure d'élaboration et de validation des protocoles difficile à comprendre et à utiliser pour bon nombre d'équipes et les délais d'instruction et d'enregistrement sont souvent longs.

S'appuyant sur un retour d'expériences relatif à l'instruction des premiers protocoles de coopération, de nouveaux supports pour les professionnels ont été élaborés par la HAS et le ministère. Cette démarche vise à faciliter et à simplifier la démarche pour les professionnels de santé tout en confortant les garanties de sécurité des soins apportées aux patients. Le dossier à transmettre à l'ARS précise aussi les textes de référence et les pièces nécessaires à la constitution du dossier. La démarche d'élaboration d'un protocole de coopération repose sur des principes méthodologiques et peut se décliner en quatre étapes :

- Déterminer et libeller le protocole que l'on souhaite élaborer.

²⁴ Arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin.

²⁵ Décret n° 2010-1204 du 11 octobre 2010 relatif aux modalités d'intégration des protocoles de coopération étendus dans le développement professionnel continu et la formation initiale des professionnels de santé.

²⁶ Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé

- Renseigner une lettre d'intention adressée à l'ARS, composée des principales informations pour caractériser le projet de protocole (objet, profession du délégant et du délégué, nature de l'acte dérogatoire...).
- Décrire et analyser la prise en charge du patient dans le modèle type de protocole qui a été simplifié et est organisé autour d'une démarche de gestion des risques :
 - Identifier les étapes successives du parcours de soins,
 - Décrire précisément qui fait quoi ? où ? quand ? et comment ? en énonçant les rôles et responsabilités de chacun : du délégant et du délégué,
 - Identifier les risques et en rechercher les causes,
 - Prévoir les solutions à mettre en place pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge,
 - Assurer le suivi de la démarche et mettre en place un retour d'expérience, notamment pour analyser la qualité des soins et les problèmes rencontrés, dont les événements indésirables signalés.
- Transmettre le modèle type et tous les documents utiles à l'analyse du protocole : Les documents d'information des patients, les fiches descriptives des indicateurs, les protocoles thérapeutiques, les arbres décisionnels, la procédure de recueil, de signalement et d'analyse des événements indésirables, la maquette de formation des délégués.

B) L'adhésion des professionnels au protocole

Les professionnels de santé qui soumettent un protocole de coopération à l'ARS et qui sera autorisé, se voient eux aussi dans l'obligation d'établir un dossier de demande d'adhésion, mais qui peut être fait simultanément. En cas de protocole déjà autorisé dans une autre région que celle où ils exercent, les professionnels de santé soumettent leur demande avec les pièces requises au directeur général de l'ARS, qui constate, avant d'instruire la demande d'adhésion, que le protocole répond à un besoin de santé régional. Il peut autoriser alors par arrêté son application dans sa région. Lorsque des professionnels de santé souhaitent adhérer à un protocole, ils doivent fournir les éléments suivants :

- Une déclaration exprimant leur volonté mutuelle d'appliquer le protocole,
- Une attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle,
- Tous documents attestant de l'expérience, de la formation initiale et continue et des actions de développement professionnel continu,
- L'accord de l'employeur lorsque le professionnel est salarié.

1.1.6 Les enjeux

Le principal enjeu annoncé est d'améliorer l'accessibilité aux soins, le parcours du patient, la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients en adaptant l'intervention des professionnels tant aux évolutions de pratiques et de comportements qu'aux évolutions des techniques et des produits de santé. L'idée de la mise en œuvre d'un mode d'exercice « collaboratif et partagé, considéré comme indicateur de la qualité des soins »²⁷, où la pluridisciplinarité est coordonnée, transversale et non juxtaposée.

Si pour les médecins, les coopérations peuvent contribuer à améliorer les conditions d'exercice, en développant l'exercice pluri-professionnel et en leur permettant de privilégier les activités purement médicales, pour les professionnels paramédicaux, l'accroissement des missions et la reconnaissance de l'évolution de leurs compétences offrent des possibilités d'évolution de carrière dans le champ clinique, alors qu'elles sont limitées aux seuls postes d'encadrement. L'évolution des pratiques, représente donc un élément clé pour l'attractivité de ces professions de santé. Pour la ministre de la santé « l'Hôpital doit offrir des carrières attractives avec des perspectives d'évolution à ses personnels. Pour cela, nous ne devons pas nous interdire de travailler sur la question de la coopération entre les professionnels ou sur celle des transferts de tâches et de délégations de compétences. Il faut voir dans quelles conditions il est possible de franchir une nouvelle étape dans la valorisation de transferts d'activité entre professionnels de santé, ainsi que dans l'identification et la définition de nouveaux métiers. »²⁸

L'esprit de l'article 51, avec notamment l'initiative et le volontariat des professionnels de santé, l'acceptation des usagers et l'assurance d'un haut niveau de sécurité et de qualité des soins, doit voir « son champ consolidé si l'on veut promouvoir une dynamique forte autour de ces métiers en santé de niveau intermédiaire. »²⁹ Les incidences sur les ressources humaines en santé et son évaluation pourraient permettre de valider des compétences complémentaires aux paramédicaux et d'envisager la détermination de nouveaux métiers intermédiaires tel que le préconise le rapport Hénart. « Dès lors que les tâches sont réparties autrement, les contours des métiers sont appelés à être confirmés ou à évoluer, des métiers nouveaux, notamment à l'interface des métiers médicaux et paramédicaux, vont apparaître à partir de compétences élargies et les formations et qualifications doivent être revisitées. »³⁰

²⁷ MICHAUD S., Juillet - août 2011, « Coopération entre professionnels de santé Un exercice partagé avant la redéfinition des métiers ? », *Revue hospitalière de France*, n°541, p. 19.

²⁸ Un pacte de confiance pour l'hôpital. Discours de Marisol Touraine. Vendredi 7 septembre 2012.

²⁹ HENART L., BERLAND Y., CADET D., janvier 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, p. 52.

³⁰ *Ibid.* p. 6.

Malgré les recommandations diffusées, les démarches de coopération implantées et structurées sont rares, à peine plus d'une dizaine de protocoles autorisés à ce jour. Ce qui montre que l'appropriation de ce dispositif par professionnels de santé reste à améliorer.

1.1.7 Où en est-on aujourd'hui ?

Depuis la loi HPST et les décrets subséquents à son article 51, le premier protocole de CPS a été validé un an et demi après. Il s'agit de la, « réalisation de ponction médullaire en crête iliaque postérieure à visée diagnostique par une infirmière en lieu et place d'un médecin », qui a été autorisé par l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur en juillet 2011. Le deuxième, issu des expérimentations, élaboré par le Centre Hospitalier de Montélimar, concerne le suivi des patients porteurs d'une hépatite chronique C. Il a été autorisé par l'ARS Rhône-Alpes en novembre 2011, avec une mise en œuvre limitée par la HAS aux seuls promoteurs sans possibilités d'autre adhésion. Aujourd'hui, le ministère de la santé recense une soixantaine de protocoles en cours d'élaboration répartis sur une quinzaine de régions.

Fin août 2012, le directeur général de l'ARS d'Ile-de-France a autorisé sur sa région l'ensemble des neuf protocoles pouvant être étendus et déjà autorisés dans leur région respective (dont celui de PACA). Il a aussi autorisé un protocole, à l'initiative de sa région, élaboré par le centre de prévention et de santé d'Etampes. Il permet la prescription et la réalisation de vaccinations, prescription de prises de sang par un infirmier et lui permet de remettre les résultats de sérologie au patient lors d'une consultation infirmière de prévention, en lieu et place d'un médecin. Les huit autres protocoles, déjà autorisés dans d'autres régions, portent sur les thèmes suivants :

- Réalisation d'échographies par des manipulateurs d'électroradiologie (Autorisé en région Haute-Normandie le 12/09/2011, Lorraine le 15/05/12),
- Réalisation de bilans urodynamiques par des infirmiers (Haute-Normandie le 28/11/11).
- Dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique par des orthoptistes (Bourgogne le 17/01/12),
- Réalisation d'échographies par des infirmiers encadrés par des cardiologues (Alsace le 19/12/11, Rhône-Alpes le 11/06/12),
- Suivi de pathologies chroniques par des infirmières (Secteur libéral ASALEE) (Poitou-Charentes le 18/06/12),
- Délégation de prescription à l'orthoptiste. (Nord-Pas-de-Calais le 26/07/12),

1.2 Cadre conceptuel et théorique

1.2.1 Le concept de coopération

A) Définitions

Selon le Dictionnaire culturel en langue française³¹, le mot « coopération » vient du latin ecclésiastique « cooperatio » qui signifie « part prise à une œuvre faite en commun », composé de « cum » avec, ensemble et « operari » agir. Il s'agit d'une action commune avec un autre.

J.-J. Ducret,³² rapproche les activités de coopération intra-individuelle avec la coopération entre individus. En effet, il considère que les conduites d'un individu agissent de pair dans la réalisation d'une activité finalisée. Le transfert au niveau interindividuel se traduit par « l'activité par laquelle des entités agissent ensemble pour réaliser une fin ». On retrouve l'idée de CPS, car ce sont bien des personnes, des professionnels qui réfléchissent ensemble à un but commun et chacun peut y trouver un bénéfice, même pour le patient.

B) La coopération et les relations de travail

La coopération est l'une des difficultés majeures de toutes les sociétés, selon M. Dadoy. « Elle concerne toute activité humaine et tout particulièrement la production de biens et de services »³³. Si la coopération est aujourd'hui un sujet privilégié pour les chercheurs dans les domaines du travail et « notamment dans une problématique d'efficacité du collectif de travail », pour se réaliser dans de bonnes conditions, certains préalables sont nécessaires : « des intérêts communs ; un consensus minimum sur les buts à atteindre ; la participation volontaire, plutôt que la coercition ; l'élaboration en commun des règles ; la justice sociale dans les contributions et les rétributions ; la confiance entre les acteurs ». Pour cet auteur, la complexité de la tâche commune à réaliser et les différenciations individuelles, culturelles et sociales, la rendent paradoxalement nécessaire, mais très compliquée à réaliser.

La coopération est une nécessité au quotidien pour le fonctionnement des équipes en milieu hospitalier, dans la complexité de l'organisation des soins aux patients. Cependant elle est particulièrement difficile, car des obstacles spécifiques existent. D'une part, une tendance naturelle au cloisonnement, comme étant une réponse aux problèmes qui se posent tant au niveau technique, qu'au niveau des spécialisations multiples au sein de

³¹ REY A., (dir.) 2005, *Dictionnaire culturel en langue française*, Paris : Le Robert, p. 1848.

³² DUCRET J.-J., 1991, « coopération » in DORON R., PAROT F., (dir.), *Dictionnaire de psychologie*, Paris : PUF, p. 164.

³³ DADOY M., 1999, « coopération » in AKOUN A., ANSART P., (dir.), *Dictionnaire de sociologie*, Paris : Le Robert, p. 116.

l'hôpital³⁴. D'autre part, des mécanismes de protection, face à l'insécurité et aux émotions liées aux pathologies traitées qui entraînent « repli et cloisonnement des infirmières qui communiquent énormément entre elles et le moins possible avec les autres partenaires de travail. »³⁵. La coopération qui va plus loin que la coordination, suppose l'initiative des soignants pour échanger, communiquer et faire circuler des informations. La mise en place de nouvelles formes de travail comme les CPS, suppose pour les délégants et les délégués d'accepter de s'investir et de se lier par un contrat.

Les processus coopératifs se fondent sur l'échange d'information, de conseils, de savoirs, de contacts, avec la conscience d'intérêts communs. Au sein de nos institutions, se mêlent notamment pouvoir, don, influence, gains personnels et négociation. Pour ce faire, la CPS présume :

- D'accepter une démarche collective, car la coopération dans les organisations repose sur « un débat d'incompréhension »³⁶, dans lequel les acteurs cherchent à tout instant à élaborer collectivement une définition commune des situations qu'ils ont à affronter.
- De reconnaître les apports de chacun, « car si toute structure crée et reproduit du pouvoir, c'est à dire des inégalités, des rapports de dépendance, on peut affirmer aussi qu'il ne peut y avoir non plus de pouvoir sans structures. Car les structures, par les cloisonnements, les entraves à la communication, les détours pour l'action qu'elles imposent, fournissent les protections nécessaires pour affronter les phénomènes de pouvoir, c'est à dire, finalement, pour rendre possible la coopération des hommes. »³⁷
- De permettre l'échange social. N. Alter place la coopération comme un effort supplémentaire des acteurs. Cet auteur mobilise la théorie du don de M. Mauss, illustrée par le triptyque « donner, recevoir et rendre ». Pour lui ce type d'échange est parfaitement adapté pour les coopérations dans le monde du travail, qui n'est ni le résultat d'une obligation à caractère réglementaire, ni le résultat d'une routine professionnelle. Elle représente « une action menée de manière collective, et impliquant un système d'échanges à caractère spécifique. »³⁸
- De reconnaître les dimensions informelles dans la coopération. Un minimum d'affinités entre les acteurs est requis, pour qu'une relation de confiance puisse s'installer dans

³⁴ GONNET F., 2003, *L'hôpital en questions*, Rueil-Malmaison : Lamarre, p. 100.

³⁵ *Ibid.* p.57

³⁶ LECLAIR P., 2003, « Le débat, fondement de la coopération », in ALLOUCHE J., (dir.), *Encyclopédie des ressources humaines*, Paris : Vuibert, p. 280

³⁷ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Editions du Seuil, p. 33.

³⁸ ALTER N., 2010, *L'innovation ordinaire*, 3^e édition « Quadrige », Paris : PUF, p.217.

la coopération. « Si la coopération repose sur la confiance dans les normes qui encadrent la relation, il faut donc bien comprendre que la confiance elle-même repose sur la confiance de l'autre »³⁹.

On retrouve les éléments du concept de coopération dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un protocole de CPS, tels que la notion d'initiative de terrains, de confiance et loyauté entre les acteurs et notamment que chaque acteur apprenne à changer de point de vue et à modifier ses modèles représentatifs habituels. Dans la pratique ce sont souvent des professionnels qui se connaissent depuis longtemps et ont instauré entre eux une relation de confiance. Reconnaître chacun dans sa spécificité professionnelle permet de coopérer au mieux en respectant les cœurs de métier de chacun des professionnels.

1.2.2 Des compétences à développer pour coopérer entre professionnels.

A) Le processus de professionnalisation

Le professionnel ne sait pas forcément tout faire, mais il sait se poser les bonnes questions sur sa pratique, selon M. Vial. Il doit être « un praticien réflexif, autrement dit un sujet qui autoévalue en permanence sa pratique, sans l'arrêter au cours de l'acte même, en continu, qui s'oriente dans le faisable à partir de possibles identifiés : les valeurs professionnelles. »⁴⁰

Le professionnalisme désigne « une réalité dynamique, un processus davantage qu'un état. C'est en mettant en œuvre ses compétences que l'on devient un bon professionnel. » Le professionnalisme est aujourd'hui davantage lié à « la capacité de faire face à l'incertitude qu'à la définition stricte et totalisatrice d'un poste de travail. »⁴¹

La professionnalisation qui laisse entrevoir la dimension créative, active et complexe, est un concept récent traduit de l'anglo-saxon. Une des premières définitions apparaît en France en 1985 (Le Robert) « action de se professionnaliser, de devenir professionnel. » En 1993, le même dictionnaire le définit comme « l'action de se professionnaliser (en parlant d'une activité, d'une personne). Professionnalisation des études universitaires, le fait de leur donner une finalité professionnelle. » Selon J. Roche, la professionnalisation pourrait être l'acte volontaire de recherche d'adéquation entre les exigences d'un environnement et les ressources naturelles ou acquises des acteurs pour évoluer dans

³⁹ ALTER N., 2010, *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, Paris : La Découverte/Poche, p. 65.

⁴⁰ VIAL M., février 2005, « Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser. », *Soins cadre*, n° 53, p. 33.

⁴¹ LE BOTERF G., 2000, *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris : Organisation, p.68.

cet d'environnement. En synthèse la professionnalisation est « l'ensemble des actions qui transforment un individu en professionnel apte à tenir un rôle dans des configurations professionnelles complexes. »⁴²

La professionnalisation qui ne se réduit pas à la formation, est donc un processus de développement de compétences qui se réalise par « des parcours incluant et alternant des situations variées (situations de formation, situations de travail, prises de fonction, situations extraprofessionnelles...) et diverses modalités d'apprentissage (auto-formation, tutorat, formation formelle, réalisation de projets, échange de pratiques, retour d'expériences...) »⁴³ La mise en œuvre d'un protocole de coopération nécessite des formations et des mises en situations pour le délégué. Cela implique d'avoir identifié au préalable un besoin de compétences pour lequel la réponse de formation est adaptée. Si les exigences en compétences peuvent être identifiées dans la description fine de l'activité du délégué lors de l'élaboration du protocole de coopération, comment concourir au développement des compétences nécessaires pour le délégué ?

B) Le développement des compétences

Le concept de compétence est défini par P. Zarifian⁴⁴, en trois points :

Il s'agit d'abord d'une « prise d'initiative et de responsabilité, avec succès, de l'individu sur des situations professionnelles événementielles auxquelles il est confronté. »

Le second point est « la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité. »

Enfin, la nécessaire « intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme avec plus de force que la diversité des situations augmente. »

Cette approche de la compétence sollicite pour cet auteur quatre concepts philosophiques : initiative, responsabilité, événement et individualité.

- L'idée d'initiative est transversale dans cette définition de la compétence, car quelle que soit la contrainte, elle ne peut empêcher que des initiatives soient présentes en permanence. Il y a « nécessairement une part essentielle de prise d'initiative risquée, part d'autant plus importante que le projet est innovant »⁴⁵.

⁴² ROCHE, J., 1999, « Que faut-il entendre par professionnalisation », *Education permanente*, n°140, p. 48.

⁴³ LE BOTERF G., 2010, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 5^e édition mise à jour et enrichie, Paris : Editions d'Organisation, p. 265.

⁴⁴ ZARIFIAN P., 2009, *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*, Paris : PUF, p. 159.

⁴⁵ *Ibid.* p. 163.

- L'initiative, considérée avec la totalité de ses effets et de ses conséquences, conduit à la responsabilité. Nous sommes d'autant plus responsables que nous sommes autonomes. L'autonomie qui est la condition de l'exercice de la compétence.
- L'événement est ce qui « subsiste et insiste au sein de la situation »⁴⁶, il est indissociable de la compétence. En effet, c'est face à des événements plus imprévisibles, que la compétence va être mobilisée avec le plus d'intensité.
- L'individu et son potentiel vient compléter l'abord de la compétence. « L'individu n'est jamais achevé. Il va continuer à se transformer, ses compétences par exemple vont s'enrichir et se modifier, en puisant dans le potentiel pré-individuel ».⁴⁷

Ces fondements conceptuels rapprochent la compétence à la professionnalisation de l'individu. Ce qui nous montre la nécessité d'inscrire la formation préalable du professionnel délégué au sein du protocole de coopération, dans une dynamique de professionnalisation afin de lui permettre de s'adapter à différentes nouvelles situations rencontrées.

C) L'évaluation des compétences

La reconnaissance d'une compétence nécessite une évaluation, mais la mesure de la compétence d'un individu est un « art difficile » explique N. Alter, elle suppose de disposer « d'outils de mesure infaillibles et exhaustifs »⁴⁸. Ils doivent pouvoir évaluer précisément l'efficacité du travail fourni par le professionnel de santé délégué et ceci sur l'ensemble des dimensions de son activité.

Selon l'analyse des compétences en terme de « savoir exécuter » ou de « savoir agir »⁴⁹, l'évaluation doit être pensée en fonction d'où on place le « curseur de la compétence. » :

- Plus la compétence consiste à appliquer une procédure stricte, plus l'évaluation se rapproche du « contrôle. »
- Plus la compétence est de l'ordre du « savoir agir », plus l'évaluation consistera à attribuer une « valeur », une « pertinence », à une pratique professionnelle inventée et mise en œuvre.

⁴⁶ *Ibid.* p. 170.

⁴⁷ *Ibid.* p. 178.

⁴⁸ ALTER N., 2010, *L'innovation ordinaire*, 3^e édition « Quadrige », Paris : PUF, p. 106.

⁴⁹ LE BOTERF G., 2010, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 5^e édition mise à jour et enrichie, Paris : Editions d'Organisation, p. 160.

G. Le Boterf décrit trois approches possibles pour évaluer les compétences :

- Par les performances⁵⁰ : cette approche qui repose sur un jugement d'efficacité, consiste à dire « qu'il y a compétence si les résultats sont atteints selon certains critères de performance (taux de litiges clients...) ». Mais, reste à distinguer entre ce qui est de l'ordre de la compétence et ce qui est de l'ordre notamment de l'organisation, de l'information et du management.
- Par les pratiques professionnelles. Dans cette approche la simple observation d'une situation de travail ne permet pas d'accéder directement aux ressources mises en œuvre. Ici un travail d'explicitation du professionnel compétent en interaction avec l'évaluateur par « verbalisation simultanée » ou « verbalisation différée » est nécessaire.
- Par les ressources, est la plus courante et consiste « à s'assurer que les personnes possèdent bien les connaissances, les capacités, les modes de raisonnement, etc... »⁵¹. Cependant, cette approche est limitée, car évaluer l'acquisition de ces ressources permet uniquement de voir si les conditions nécessaires à la compétence sont réunies, mais en aucun cas elles sont suffisantes pour agir avec compétence.

De cet éclairage théorique, nous constatons qu'il est nécessaire d'appréhender l'évaluation des compétences, autant dans les facteurs de contexte dans lequel seront mise en œuvre les coopérations que dans les facteurs qui relèvent du professionnel de santé lui-même. Contextualisées, les compétences professionnelles sont donc intimement liées à l'organisation du travail au sein de l'établissement voire du pôle. La production et le maintien à niveau des compétences des professionnels ne peuvent venir uniquement de l'individu, mais sont partagées dans leur contexte, en particulier avec la stratégie managériale mise en œuvre, notamment par le directeur des soins.

⁵⁰ *Ibid.* p. 162.

⁵¹ *Ibid.* p. 170.

2 Une analyse compréhensive des situations de terrains.

Les objectifs de l'étude sont de mettre en exergue les facteurs favorisant et les freins à l'élaboration et à la mise en œuvre de coopération entre professionnels de santé dans un établissement de santé. Mais aussi, proposer des modalités d'actions pour les directeurs des soins, afin de permettre l'initiative et l'accompagnement d'un projet de coopération, dont le bénéfice sera la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans une réponse adaptée et pertinente au besoin de santé. Une illustration d'actualité sur fond de tension annoncée au niveau de l'offre de soins oculaires : le syndicat national des ophtalmologistes de France⁵² a lancé un cri d'alerte sur la situation dramatique de cette filière. Pour le docteur Rottier, son président, la pénurie ne cesse de s'aggraver et « cette situation remet en cause la continuité de l'offre de soins et impose de généraliser la coopération ophtalmologistes-orthoptistes pour accroître la capacité d'accueil ».

2.1 Choix de la méthode

Une recherche documentaire et bibliographique nous a permis, dans un premier temps, de cerner les champs et les concepts à prendre en considération dans notre étude. Cette deuxième étape consiste à considérer une méthode d'intervention sur le terrain.

Il s'agit pour nous de s'intéresser aux vécus et aux expériences des directeurs des soins lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des protocoles de CPS au sein de leur établissement. Mais aussi croiser des points de vue de l'ARS et de professionnels participants aux protocoles de CPS. La méthode qualitative est toujours relationnelle et interpersonnelle et elle est privilégiée pour appréhender les pratiques existantes, le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, le système de relation entre individus, ainsi que le vécu des professionnels participant aux protocoles. Choisir une « méthode », revient à s'intéresser au chemin tracé à l'avance, à la direction qui mène au but. Il s'agit d'un ensemble de techniques de recueil et d'analyse de données selon leur pertinence au regard de l'objet étudié. Il nous semble pertinent d'enquêter avec une méthode qualitative afin d'aller à la rencontre des directeurs des soins et des acteurs du dispositif de CPS, de les écouter et de les laisser s'exprimer librement sur le thème. Cette méthode est toujours relationnelle et interpersonnelle et elle est privilégiée parce qu'elle s'intéresse à l'individu, à la singularité du sujet.

⁵² 3^e journée du SNOF, 22 septembre 2012, Paris.

2.1.1 Outil d'enquête

Une enquête de terrain, à partir d'entretiens semi-directifs, a été mise en place auprès de ces professionnels, principaux acteurs concernés par les protocoles de coopération entre professionnels de santé. L'entretien semi-directif permet de « favoriser la production d'un discours sur un thème donné au moyen de stratégies d'écoute et d'intervention. »⁵³ Il se trouve au sein de l'articulation d'un double processus mis au travail, implication/distanciation. « L'entretien est toujours un rapport social, une situation d'interlocution et un protocole de recherche. C'est dans cette superposition que réside la difficulté de l'entretien puisque l'on doit simultanément soutenir une relation sociale dialogique et une interrogation sur le fond »⁵⁴. En somme toute la difficulté de cet entretien c'est d'être présent sans prendre de la place.

2.1.2 Présentation des personnes et des lieux enquêtés

Ces entretiens ont été réalisés auprès de treize personnes, qui ont accepté de s'exprimer sur le thème des CPS.

- **DS1** : coordonnateur général des soins au sein d'un CHU et qui a accompagné plusieurs projets de protocoles de coopération.
- **DS2** : coordonnateur général des soins au sein d'un CH de 600 lits et places situé dans la moitié sud de la France, où un protocole de CPS est autorisé qui fait suite à une expérimentation.
- **DS3** : coordonnateur général des soins d'un CH de 1200 lits et places situé dans le centre du pays, où un protocole de CPS est en cours d'élaboration.
- **DS4** : directeur des soins chargé de mission au ministère de la santé.
- **DS5** : directeur des soins dans une fédération hospitalière.
- **DS6** : coordonnateur général des soins au sein d'un CHU, co-auteur d'un rapport sur l'évolution des métiers en santé.
- **DS7** : coordonnateur général des soins dans un CHU et représentant d'une association de directeur des soins.
- **CSS** : cadre supérieur de santé ayant participé à l'élaboration d'un protocole de CPS qui est actuellement en attente d'autorisation.
- **EC** : enseignant-chercheur en sciences infirmières,
- **ARS1** : directeur des soins, conseiller technique et référent CPS au sein d'une ARS située dans le centre de la France, où des protocoles ont été transmis à la HAS.

⁵³ BLANCHET A., GOTMAN A., 2001, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Nathan, p.78.

⁵⁴ Ibid. p. 69.

- **ARS2** : directeur des soins, conseiller technique et référent CPS au sein d'une ARS située dans la moitié sud du pays, où deux protocoles sont autorisés.
- **Med.** : médecin « délégant » dans un protocole de CPS.
- **IDE** : infirmier « délégué » dans un protocole de CPS.

2.1.3 La réalisation de l'enquête

La prise de contact a été faite par mail ou par téléphone afin d'obtenir un entretien et de programmer une rencontre ou un rendez-vous téléphonique. La majorité des entretiens se sont réalisés de visu, sauf pour les ARS et DS1 qui se sont tenus par téléphone.

Il est précisé, au début de chaque entretien, que l'anonymat de chacun serait respecté. Il est aussi convenu avec chaque interviewé que la durée de l'entretien serait d'une heure maximum, dont $\frac{3}{4}$ d'heure d'entretien, afin d'avoir assez de temps pour collecter les données nécessaires et que la personne puisse exprimer et retrouver sa logique personnelle.

Les questions préparées dans notre guide d'entretien furent abordées dans un ordre variable, dicté par le déroulement de l'entretien et ceci dans un souci de préserver la dynamique initiée par la personne au cours de l'interview. Nos interventions, avaient pour but de relancer ou faire préciser une idée mais aussi, de recentrer le discours. Il est important enfin, de laisser des temps de libre expression qui peuvent dévoiler des récits imprévisibles dont les éléments n'appartiennent pas au champ théorique.

La grille d'entretien (Annexe 1) a été construite au regard de notre questionnement initial, enrichi d'une revue de littérature. Elle se décompose en six questions qui ont été adaptées et reformulées selon l'interlocuteur, sa place et la logique de l'entretien, mais en gardant toujours le même questionnement de fond.

2.1.4 Les limites

Les entretiens ont été réalisés dans un nombre limité d'établissements et de professionnels. Même si des conclusions peuvent en ressortir, en particulier concernant les représentations, les motivations et les logiques d'acteurs, cela ne peut être que des tendances qui ne peuvent pas être considérées comme généralisables. Cependant, l'ensemble des entretiens a pu enrichir la réflexion sur notre sujet d'étude. Les réponses obtenues ont permis, par croisement, de mettre en évidence des conditions favorisant la mise en place de coopérations entre professionnels de santé dans un contexte hospitalier.

2.2 L'analyse de l'enquête

Chaque entretien, qui est enregistré numériquement, a fait l'objet d'une retranscription littérale et in extenso. L'analyse de contenu qualitative est privilégiée, afin de rechercher une cohérence thématique entre les entretiens. L'analyse de contenu est un « outil marqué par une grande disparité dans les formes et adaptable à un champ d'application très étendu : les communications. »⁵⁵ Cela consiste à réduire le contenu des différents discours afin d'en dégager les éléments essentiels par rapport à l'objet d'étude. Ce que chacun a dit à propos des différents points qui nous intéressent ainsi que les spécificités dans les discours. Une analyse transversale nous permettra pour chaque thème, de relever les différentes façons dont le thème apparaît dans le discours des personnes enquêtées.

Les thèmes exploités sont : les raisons du retard au démarrage des CPS, l'information et la communication nécessaire autour des CPS, l'identification d'obstacles à l'engagement dans une démarche de coopération, La recherche de leviers possibles pour le directeur des soins et les compétences nécessaires à développer et à évaluer dans un projet de protocole.

2.2.1 Un retard au démarrage

A) Le contexte national

La problématique d'accès aux soins pour une population de plus en plus vieillissante, avec explosion des maladies chroniques et une difficulté du premier recours est la même depuis longtemps pour tous les pays qui ont été poussés à mettre en place des pratiques avancées, selon DS6. « Il faut commencer à y travailler maintenant, car en France il y a une bipolarité du système de santé avec des professions Bac+3 et Bac+10. » Malgré de bons résultats en termes de santé, on est plutôt « contemplatif » dit EC, alors que des difficultés et des blocages se font plus en plus criants, « on ne s'en saisit pas. » Dans notre pays, Les paramédicaux sont toujours pensés sous forme de pratiques dérogatoires de la profession médicale, notamment suite à « l'acquisition d'un monopole par la profession médicale depuis la fin du 19^e siècle ». Face à une situation qui devient compliquée, où il faut trouver une nouvelle façon de s'organiser, une nouvelle répartition des activités, « la profession médicale se sent en difficulté, parce que ce n'est pas facile de lâcher quelque-chose, que je vais perdre » (EC).

De plus, il y a la « conviction bienveillante » des sociétés savantes et des ordres qui ne sont pas complètement convaincu de l'intérêt des CPS. Pour DS6, « les exigences de la HAS se posent en "gardien du temple", mais malgré tout ça avance grâce à la conviction

⁵⁵ BARDIN L., 2003, *L'analyse de contenu*. Paris : PUF, p. 36.

et l'opiniâtreté de certains professionnels ». Cette personne interrogée, qui est même un peu critique sur la formule de CPS, pense que pour aller plus loin « c'est peut-être ces CPS qui constitueront un véritable tremplin ». DS4 partage ce point de vue sur frilosité de la part du corps médical, mais ajoute aussi une crainte des groupes professionnels non médicaux. L'illustration est faite avec les réactions frileuses du groupe infirmier lors de l'autorisation du premier protocole. Comme nous l'avons vu au niveau du concept de coopération, il y a nécessairement dans la coopération une volonté d'initiative et d'échange dans une relation de confiance. Au-delà de la « perte » il y a l'enjeu financier des actes. Pour DS7 coopérer est plus facile dans le public que dans le privé, « quand on envisage d'étendre ces coopération, il y a une montée en puissance de médecins libéraux. »

Avec la nécessité d'initiative de terrains, nous pouvons faire l'hypothèse que pour éviter un probable blocage aigüe, est que l'approche faite par l'article 51 a été probablement « stratégiquement pensée en partant de la base vers le sommet de manière plus douce et moins percutante ». Des médecins confrontés à des difficultés dans leur quotidien, vont essayer de trouver des solutions et « faire fi de ce que pensent l'académie de médecine et le conseil de l'ordre. » Pour DS2, l'article 51 est une période intermédiaire et doit rester marginale. « Il permet de légiférer certains glissements de tâches, mais il ne faut pas que ça reste comme ça ». Soit l'acte est intégré dans le décret d'acte comme la gazométrie en son temps, soit c'est une évolution de la prise en charge clinique du métier avec formations complémentaires validées.

B) Des difficultés pour les premiers protocoles

La création des ARS le 1^{er} avril 2010 a contribué à un espacement entre la loi HPST et l'opérationnalité des ARS qui a impacté le déploiement du dispositif qui repose essentiellement sur elles. Pour E. Wargon, la première année a été consacrée à la structuration, à la définition de l'organisation et à la constitution des équipes. Puis « 2011 a été l'année de la stabilisation du réseau des ARS et la définition des stratégies régionales au travers des projets régionaux de santé (PRS). »⁵⁶ Depuis le début de l'année 2011, chaque ARS a désigné un référent CPS. « Lors de l'élaboration de notre protocole il n'y avait personne de référent à l'ARS ». ARS2, reconnaît que le démarrage a été difficile avec « la complexité » des ARS et du « qui fait quoi » sur le dossier de CPS qui était à définir.

⁵⁶ WARGON E., mai-juin 2012, « ARS, Bilan d'étape et perspectives », *Revue Hospitalière de France*, n°546, p. 56.

Selon les personnes interviewées, le peu de protocoles validés à ce jour sont à mettre sur le compte plusieurs autres facteurs.

- La complexité du dossier, « un véritable cauchemar », dans les établissements où il y a un besoin avec des porteurs de projets qui émergent, accompagner le dispositif n'est pas simple car cela prend du temps et cela demande un éventail de compétences important que l'on n'a pas toujours au niveau de l'institution. Et « cela devient très vite fastidieux lorsque l'on engage le processus ». L'ARS1 reconnaît que c'est particulièrement chronophage en temps médical et soignants. Pour le médecin interrogé c'est d'autant plus vrai quand ce n'est pas un acte technique, car écrire quelque chose de précis est compliqué. « C'est le souci de la consultation infirmière, en termes de contenu et de dérogations. »
- Le système hospitalier est un système qui s'adapte selon EC, on peut constater, le plus souvent, que des besoins de coopération ont émergé à partir des dysfonctionnements qui existaient. Pour lui, globalement le système s'est adapté tout seul, en faisant fi de tout ce qui était responsabilité et réglementation. Parfois des glissements de tâches se sont doucement mis en place, et se sont même institutionnalisés et connus de tous. Et là, il s'avère d'autant plus difficile de consacrer un temps important, pour rentrer dans un processus de rédaction d'un protocole de CPS. Même si la volonté de régulariser ces pratiques par un protocole a été motrice au démarrage des projets de CPS.
- Les premiers protocoles déposés par les établissements, étaient aussi pour poursuivre les expérimentations Berland. Certains ont commencé ce travail sans le modèle, puis la grille a été publiée mais l'outil était « difficile et fastidieux à utiliser ». Au début DS2 a eu des retours de médecins spécialistes libéraux qui exprimaient dans des articles, « pas sympa », leur désaccord quant à la perte de leur activité. « Il y a donc des expérimentations qui ne voient pas le jour en CPS » dit DS6. Un « parcours du combattant », avec des allers retours qui sont assez éprouvants et pouvant amener les équipes à « lâcher prise ».

La quasi-totalité des acteurs interrogés évoquent la volonté de simplification du dispositif. En effet, l'instruction⁵⁷ du 9 mai 2012 est venue dans une visée de simplification et facilitation d'accès au dispositif pour les professionnels en proposant de nouveaux supports. Elle permet aussi à la HAS d'échanger avec les équipes en lien avec l'ARS.

Une lettre d'intention est adressée par les professionnels de santé au directeur général des ARS, caractérisant le projet de protocole. Elle doit permettre à l'ARS d'être alertée sur

⁵⁷ Instruction n° DGOS/2012/RHSS/190 du 9 mai 2012 relative à la publication de l'arrêté du 28 mars 2012, modifiant la procédure applicable aux coopérations entre professionnels de santé

le projet à venir et de valider si ce projet est pertinent au regard du PRS. L'ARS peut également susciter des lettres d'intention au regard des besoins de la région et des compétences des professionnels. Le modèle type a aussi été simplifié et est organisé autour d'une démarche processus avec de gestion des risques à chaque étape. Un ensemble d'outils (modes d'emplois et d'exemples) est mis à disposition sur le site internet de la HAS⁵⁸ depuis début 2012, notamment, un modèle-type qui comprend une fiche projet et un tableau descriptif du processus de prise en charge pour aider les professionnels à identifier les principaux risques et les moyens d'y faire face.

Une simplification ? « Pas autant que ça » pour ARS2, car pour « transférer » un protocole déjà autorisé dans une autre région c'est compliqué et « la réponse de la HAS se fait attendre ». Pour ce conseiller technique il faut faire un dossier simplifié, certes, mais le problème est lorsque ce ne sont pas mêmes délégués, médecins radiologues dans le protocole initial et médecins cardiologue dans la région demandeuse, alors que les deux médecins délégués ont les mêmes compétences en échographie cardiaque. « Si les protocoles de CPS doivent coller mot pour mot tout le monde va remonter des protocoles qui colleront jamais à 100%. Là il y a un flottement. C'est ça la limite des coopérations. »

2.2.2 L'information et la communication autour de la coopération

La plupart de personnes interrogées, placent la communication et l'information comme un préalable incontournable pour inciter les initiatives de terrain. On parle beaucoup de coopérations depuis une dizaine d'années, mais « je ne suis pas sûr que quand deux personnes en parlent, ils parlent nécessairement de la même chose » (EC).

En effet, il s'est installée une polysémie de définitions qui circulent, avec des représentations parfois très contradictoires qui sont véhiculées. Au niveau individuel, mais aussi parfois par des instances représentatives. Un travail de clarification terminologique a été réalisé dans le préambule du travail avec la Fédération Hospitalière de France (FHF)⁵⁹, « de façon à ce qu'on stabilise, une fois pour toute, le vocabulaire, qui jusqu'alors n'était absolument pas stabilisé en France ». Dans « nouveau métier », une fonction de toute pièce est créée, comme conseiller en génétique ou gestionnaire en imagerie. La notion de « métier intermédiaire », pour EC, n'est pas très éloigné du concept de « pratique avancée » avec la nécessité de développer de l'expertise paramédicale à partir du cœur de métier des « métiers socles » avec une formation de type Master, au regard de l'évolution des besoins et des caractéristiques de l'offre de soins.

⁵⁸ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante.

⁵⁹ FHF, mars 2012, *Propositions pour la mise en œuvre des recommandations du « rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire »*. p. 6.

Le concept de pratiques avancées semble pour des personnes interviewées « le plus viable car donne un ancrage plus cohérent que celle d'une création de métier qui serait plus nébuleux ». Une pratique avancée peut s'exercer dans un protocole de CPS qui aura été « bien rédigé » c'est-à-dire qui ne corresponde pas à un « profil de technicien », mais elle ne nécessite pas forcément un protocole de CPS. Il s'agit d'un terme « faïtière » qui regroupe d'un côté des professionnels qui vont avoir « des activités dérogatoires dans le champ du diagnostic de la pathologie et des prescriptions ». D'un autre côté, un profil qui n'a pas d'activités dérogatoires, mais qui a une expertise qui l'amène auprès du patient et des équipes.

La mauvaise connaissance, par les professionnels et par les directions, du concept et des enjeux associés au dispositif de CPS, est aussi fréquemment mise en avant comme un élément responsable du faible déploiement des protocoles. Le vécu institutionnel de l'IDE interviewée est que même si cela fait 8 ans qu'elle réalise des actes dérogatoires, cela est peu connu par les professionnels. Elle constate, qu'une mauvaise connaissance du dispositif, « attise des craintes qu'il faut vraiment lever. »

Des craintes sont identifiées venant à la fois des professionnels médicaux et non médicaux à s'inscrire dans la démarche. « Il faut communiquer la dessus, car il y a un certain nombre de craintes à lever concernant la démarche et surtout montrer l'intérêt à agir pour dédramatiser, mais quand on a compris l'intérêt à agir et bien ça va tout seul » (DS1). Pour lui il faut « bouger », une journée régionale sur les CPS a été organisée afin de mobiliser les professionnels de santé, en présence de journalistes radio et presse écrite. Ce qui a eu « un impact très positif puisque des équipes se sont proposées pour se lancer dans des protocoles. »

Pour trois DS, il convient de préciser et de considérer les coopérations comme un transfert de compétences plus globales dans la prise en charge du patient. Concernant le protocole de PACA, pour eux c'est une extension des actes infirmiers avec uniquement la délégation d'un acte technique isolé. « Il faut être vigilant et appeler CPS ce qui l'est et dans d'autres cas voir s'il ne s'agit pas d'une délégation d'actes qui pourrait être intégrée simplement dans les actes professionnels. »

2.2.3 Des obstacles à l'engagement dans une démarche de coopération

A) Des freins issus des professionnels eux-mêmes

Un coordonnateur général des soins est catégorique : « les freins sont importants ». En effet, au sein de son établissement le seul projet de coopération, bien avancé, fut stoppé brutalement par un syndicat de médecins spécialistes, formellement opposé. C'est un changement radical avec ses propres résistances qui s'opère.

Prenons une expérience racontée par un DS enquêtée. Une problématique est identifiée, celle de « l'injection intra-vitréenne » où il y a de moins en moins d'opérateurs (peu d'internes) et de plus en plus de demandes. En collaboration étroite avec le médecin responsable de service et les cadres, le travail sur le protocole avance : rédaction, formations « sérieuse » des professionnels, recrutement d'infirmiers motivés. Mais, arrêt brutal du projet par médecin, car les attachés d'ophtalmologie menacent de partir si le projet voit le jour. Pour eux, les médecins n'auraient plus de place et sont appuyés par le syndicat national des ophtalmologistes. « C'est l'intérêt particulier du corps médical qui passe aujourd'hui avant l'intérêt des patients à prendre en charge. Il faut du courage politique à tous les niveaux ».

Pour le médecin interviewé, les médecins sont « inquiets qu'ont leur prennent leur place ». Pour lui « le plus pénalisé est le patient si le protocole s'arrête ». Il ne pense pas qu'à son départ en retraite un médecin prendra la suite du protocole. C'est peut-être une limite des CPS avec consultation et démarche clinique, car s'ils sont « loco-local », ils sont aussi très « personnes dépendantes ». Pour ARS1, « le frein est la relation interpersonnelle étroite, qui est fragile car repose sur les professionnels. Il est souvent difficile de former une seconde infirmière. Et si le médecin s'en va le protocole s'arrête ». C'est aussi une des raisons de la difficulté à généraliser ce type de protocole.

Dans les premiers protocoles autorisés, les réactions les plus vives provenaient des paramédicaux et notamment du groupe infirmier, car ils avaient le sentiment qu'on leur confiait un acte que les médecins ne voulaient plus faire. Il est donc nécessaire de prendre en compte le temps d'acculturation nécessaire pour chacun. Pour DS4, « chaque professionnel à un territoire d'intervention et ce dispositif vient modifier ces territoires. »

Enfin, pour DS1, le « refus » des professionnels médicaux et non médicaux est le principal frein. « S'il n'y a pas l'adhésion des professionnels, ça ne peut pas marcher ». Comme nous l'avons vu ci-dessus, la notion d'initiative de terrains est essentielle et notamment que chaque acteur puisse modifier ses modèles représentatifs habituels.

B) Des freins extérieurs

Un travail de « reconnaissance » est nécessaire, particulièrement sur la consultation paramédicale et plus globalement sur la démarche clinique inévitablement présente dans toute CPS. S'il n'y a pas de problème au niveau local, car les acteurs sont convaincus dans leur démarche, cette reconnaissance est parfois plus difficile dans certaines instances dont « certains évoquent "une perte de chance pour le patient" ». Un autre DS interrogé s'appuie sur des études anglo-saxonnes qui montrent « qu'une endoscopie faite par une infirmière est aussi bien, voire mieux dépistée que si faite par un médecin ».

Même si les professionnels de terrain sont convaincus, la lourdeur de la démarche imposée par les règles du dispositif peut être un frein. Ce n'est pas forcément le métier des professionnels que de rédiger des protocoles, car ce sont avant tout des cliniciens qui sont déjà à flux tendu dans leur quotidien. Même, si les rédacteurs partent de ce qu'ils ont l'habitude de faire depuis longtemps, « c'est compliqué pour l'infirmière de décrire son activité ». Pour DS5, « un des principaux freins est la rédaction des indicateurs, c'est ce qui retoque le protocole. »

Ce n'est donc pas simple pour les professionnels de s'engager dans un tel processus. Des compétences spécifiques sont donc requises pour les délégués, afin de faire en sorte que le protocole soit recevable dans toutes les instances qu'il va être amené à traverser. Sachant que ce travail s'insère dans des relations hiérarchiques, fonctionnelles, dans lequel chacun arrive avec ses représentations et ses enjeux en termes de pouvoir. Selon des DS, tous ces filtres peuvent amener certains protocoles à positionner les professionnels paramédicaux concernés, comme n'étant pas vraiment considéré comme un professionnel.

2.2.4 Des leviers possibles pour le directeur des soins

A) Les contours à définir

Pour les DS, « ce n'est pas simple de s'engager dans un tel processus et de l'accompagner. » Une réflexion préparatoire est nécessaire pour le DS avant même d'entrer dans l'accompagnement du processus. Ceci afin de fixer le cadrage, les orientations, la stratégie de négociation, les marges qu'on peut laisser dans la négociation entre les professionnels concernés et puis la limite au-delà de laquelle on ne peut pas aller. C'est un travail individuel, mais aussi au sein du collectif DS, de façon à ce que chaque DS ait défini un cadrage pour éviter certaines dérives qui seraient contreproductives. Notamment sur la représentation qu'il va avoir du professionnel paramédical qui va être intégré dans un protocole de CPS, avec les caractéristiques qu'il souhaite y trouver, ou pas.

B) Les personnes ressources

Le DS peut être aidant pour le rédacteur, si lui-même possède les compétences nécessaires et spécifiques pour l'élaboration d'un protocole. Sinon, il doit permettre d'ouvrir des portes et d'orienter vers des personnes ressources qui agiront comme des leviers. Des personnes qui seront à l'aise dans l'analyse de besoins et dans l'approche par processus par exemple. Le référent ARS pour les CPS est présenté par les DS et le CSS comme soutien technique indispensable, car « de sa place extérieure il posait des questions qui pour nous paraissaient évidentes, mais essentielle dans la constitution de protocole ». Pour ARS2, « En tant que référent CPS, je suis là pour accompagner les

équipes médicales et paramédicales. Tous les échanges mail avec les équipes je mets en copie le DS. Dans le montage des dossiers je souhaite qu'il y ait le nom du DS. »

C) La connaissance des pratiques institutionnelles

Autre levier pour le DS, est de bien connaître les pratiques et l'organisation des soins dans l'établissement. « Où sont les transferts de tâches, où je suis border line par rapport aux textes et aux compétences des professionnels de santé » (ARS2). « Il faut être humble, on n'est pas informé sur tout ce qui se passe » (DS4). Ne pas hésiter à creuser si nécessaire en utilisant le canal des cadres, des médecins, du directeur de la qualité, « être un peu en alerte. »

Le CSS interviewé, nous explique la démarche qui a présidé à l'élaboration d'un protocole de CPS. Au sein de l'équipe de consultation, une infirmière (titulaire d'un DU en éducation thérapeutique) qui exerce depuis longtemps en rhumatologie, fait beaucoup d'éducation thérapeutique. La consultation rhumatologie est particulièrement embolisée, et malgré de nombreux médecins les délais d'attente sont très importants. Sur certaines pathologies plus on intervient tôt meilleurs sont les résultats. Le médecin disait « on fait perdre une chance au patient et il faudrait très tôt lui faire bénéficier d'une consultation de "débroussaillage", pour affirmer ou infirmer le fait qu'il est atteint de spondylarthrite ou polyarthrite ». Pour lui les infirmières du service seraient capables, si elles ont un guide, de repérer à partir des résultats biologiques et des clichés radiologiques, si c'est plus sur ce type de pathologie ou pas du tout (simple poussée d'arthrose). Au vu qu'il n'existait pas de protocoles de ce type, l'équipe du CSS s'est lancée. Cette coopération va bien au-delà d'un acte technique avec un examen clinique et un interrogatoire du patient. Cela fait huit mois que le protocole a été déposé avec de nombreux retours et modifications.

Pour DS2, on a deux possibilités lorsqu'est observé un glissement de tâche. Si ce n'est pas un problème de pénurie, « dans ce cas, soit on résout le problème en repositionnant chacun à sa place. Si on n'a pas la ressource, on peut se lancer avec le médecin dans un travail de CPS ». Par exemple, « étudier la possibilité avec le médecin anesthésiste pour que des infirmiers anesthésistes réalisent des consultations préopératoires. »

Une approche par la gestion des risques est à privilégier pour l'ARS2 afin d'établir une cartographie des organisations et d'identifier s'il existe des transferts de tâches. « Il faut être très pragmatique et connaître ce qui se passe dans l'établissement ». Il s'agit d'identifier si ces zones de risques peuvent faire l'objet d'un protocole de coopération. Cette démarche peut être aidante, car la méthodologie des dossiers de coopération est avec une approche gestion des risques à priori.

D) Le corps médical

Cette réflexion ne peut pas se faire sans le corps médical. Même s'ils ne sont pas dans la coopération, comme par exemple pour une délégation entre paramédicaux (infirmiers/diététiciens), les médecins sont concernés. La plupart des paramédicaux agissent sur prescription médicale et les médecins sont responsables des risques associés aux soins. Pour les personnes interrogées, il faut d'emblée associer le corps médical notamment dans les spécialités concernées pour mieux répondre aux besoins. « Mais ils doivent être convaincus eux aussi que c'est une avancée ». Cela va du médecin de l'unité, du responsable de service, du chef de pôle au président de la CME. Mais le partenariat avec le président de CME est essentiel. « Si le médecin et la communauté médicale est favorable à mon avis il n'y a pas de problème, si tout le monde voit l'intérêt à agir, c'est un vrai levier. » Un temps d'intervention pour exposer l'évolution de la démarche de CPS est prévu à chaque CME au sein de l'établissement de DS1.

E) L'encadrement

Associer les cadres et les cadres supérieurs dans la mise en œuvre du projet est indispensable, particulièrement dans la rédaction du protocole. « Dédramatiser » et « convaincre » l'encadrement que les CPS sont un point d'avenir. Un DS enquêté explique que c'est « à nous DS et CSS de mobiliser l'encadrement de proximité et de repérer les activités qu'on pourrait déléguer pour dégager du temps médical et valoriser ce que fait l'infirmier. » Pour un DS, les protocoles font partie des critères d'évaluation convenue avec les CSS, à savoir le nombre de protocoles mis en place dans leur pôle. Le DS1 intervient à ce sujet au niveau de l'institut de formation des cadres de santé et de la faculté de médecine afin de sensibiliser les acteurs dans la démarche de coopération.

2.2.5 Les facteurs incitatifs et les bénéfices pour les professionnels.

Pour la plupart des personnes enquêtées, ces évolutions permettent de pratiquer des exercices coordonnés et de recentrer les activités sur les « cœurs de métiers », une amélioration des conditions d'exercice et une optimisation du temps médical dans le contexte démographique actuel. « Les projections démographiques des professions de santé et notamment de certaines spécialités médicales mettent en évidence une perspective de forte diminution du nombre de médecins dans les prochaines années. Cette raréfaction du "temps médecin" sera d'autant plus prégnante que nous vivrons dans le même temps un accroissement de la demande de soins et une tendance des praticiens à réduire la durée de leur temps de travail. »⁶⁰

⁶⁰ HUBERT E., novembre 2010, *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, p. 67.

Pour le délégué, unanimement est évoqué la reconnaissance de ses compétences et l'acquisition compétences supplémentaires. « C'est une reconnaissance de la part des médecins et de l'équipe de ses compétences accumulées depuis de nombreuses années. La confiance donnée par le délégant qui est en l'occurrence le chef de service. Aussi un enrichissement professionnel majeur et une autonomie dans son fonctionnement. »

Deux angles ressortent de notre enquête dans l'approche des facteurs incitatifs :

- La légalisation de certaines pratiques qui existaient en dehors d'un cadre légal, est soulignée comme un gain pour les professionnels de santé par la plupart des personnes interrogées. Avec la création d'un protocole de CPS, « les professionnels sont sécurisés dans des actes qui n'étaient pas autorisés à faire » et étaient susceptibles d'être poursuivis pour exercice illégal de la médecine. Les professionnels se retrouvent dans un cadre de responsabilité plus clair. Pour ARS1 au-delà de la « mise en conformité », les CPS viennent « interroger les pratiques maisons et les analyser en termes de gestion des risques. »
- L'autre angle est lié au premier, car finalement c'est reconnaître, valoriser et acquérir des compétences nouvelles dans les meilleures conditions de formation et/ou à un diplôme universitaire. Avec un niveau d'autonomie et de responsabilité accru qui entraîne une valorisation des professionnels. En effet, « On vérifie comment on a acquis des compétences, on reconnaît les compétences par une pratique et une expérience. Ça me semble être gain fort. Cela garantit aussi au patient d'avoir un professionnel compétent et reconnu comme compétent pour ce qu'il fait » (DS4).

Ces professionnels qui pratiquent depuis longtemps et ne se sont pas rendu compte, initialement, qu'ils basculaient d'un type d'exercice vers un autre. « Ça s'est fait graduellement au fil de l'eau, ils ont essayé de s'adapter à des choses qui bougeaient dans leur environnement » (DS7). Ils se retrouvent dans des situations singulières et « ce n'est pas évident pour l'être humain d'accéder à de nouveaux rôles sans pouvoir se modéliser » (EC). Le protocole « oblige », à définir les compétences nécessaires et à décrire de ce qu'il faut faire (formation, expérience, diplômes) pour les acquérir. « C'est un gain pour les professionnels, car on leur donne la possibilité de développer ces compétences nouvelles dans les meilleures conditions. Et ça garantit au patient d'avoir un professionnel compétent pour ce qu'il fait ».

L'IDE interrogée trouve sa motivation dans « le retour des patients » et dans sa place institutionnelle qui est pour elle « une reconnaissance de ses compétences par le médecin qui l'a désignée comme infirmière de référence. » Elle reconnaît aussi que c'est plus facile pour elle d'avoir accès à des formations ou des congrès, car s'est souvent considéré comme une priorité institutionnelle. Mais concède que « ça demande beaucoup physiquement et moralement, c'est un véritable engagement. On est seul, le médecin est

sur son activité. Les autres spécialistes me sollicitent sur mes connaissances pour le traitement ».

« Pourquoi s'engager ? » S'il n'y a pas de reconnaissance formelle et formalisée. Il n'y a pas l'attribution d'un pouvoir d'autorité ou une valorisation statutaire en termes de rémunération. En fait, c'est des compétences supplémentaires à acquérir, des responsabilités à assumer, beaucoup d'autonomie au quotidien qui peut être vécu comme « un isolement et parfois anxiogène ». Donc où est le bénéfice ? « A la lecture de certains protocoles, si on cherche le bénéfice, contrairement aux patients, médecin, institution, système, il n'y a rien pour le professionnel paramédical » (EC). On note par exemple : « lectures sur temps personnel, formation continue se fera sur le terrain... »

Aucune formation qualifiante n'est requise pour la CPS. De plus, un risque de paupérisation des tâches du délégué est possible. En effet, ce professionnel ne risquerait-il pas de ne travailler que dans le cadre de cette délégation au risque de voir ses activités premières réduites à néant ? Dès lors, du fait de l'absence de cadre normalisé de formation, il convient de s'attacher au développement de compétences s'inscrivant dans un processus de professionnalisation.

2.2.6 Des compétences à développer

A) Un contexte hétérogène

Le caractère d'exclusivité relatif aux seuls professionnels signataires d'un protocole dans leur lieu d'exercice et le caractère hétérogène qui résulte de la mise en œuvre des CPS, rend difficile le développement de dispositifs de formation homogènes destinés à construire les compétences attendues. Au niveau national, le risque pour une personne interrogée est que ces formations hétérogènes post-diplôme soient difficiles à réguler.

La difficulté actuelle, est que le professionnel ne perçoit pas toujours complètement l'intérêt de formations complémentaires. « Il ne voit pas en quoi cela va changer son quotidien. » La plupart des protocoles ne se situent pas dans une création de facto, mais dans une régularisation de pratiques qui préexistait. « Les paramédicaux développaient des compétences sur le tas » (DS7). Ces situations-là sont plus difficiles, car lors de l'élaboration du protocole de CPS, sont décrites les formations complémentaires pour développer des compétences, « alors qu'il fonctionne comme ça depuis deux ans ! »

Lorsqu'il n'y a pas eu de glissement de tâches jusqu'alors et qu'un besoin a été évalué, « il y a besoin de travailler et d'utiliser les cadres de références qui existent actuellement de façon à pouvoir orienter la réflexion et le projet. Ensuite, c'est suivre la logique d'identification claire des activités qui vont être menées. Même logique que suit le ministère dans la réingénierie des formations. »

B) L'identification des compétences

Le professionnel exerce déjà un « métier socle ». La réflexion va se centrer sur l'accroissement de son périmètre d'intervention initial. C'est-à-dire pas uniquement sur les activités nouvelles. « Il y a peut-être besoin de développer une certaine expertise en soins relationnel, en raisonnement clinique ou soin éducatif... » (EC). Ce ne sont pas des actes dérogatoires, mais ils devront être amenés à un niveau différent dans un protocole. « Ces activités doivent être complètement intégrées, au même titre que les actes dérogatoires. Cela va faire un tout pour le professionnel. » Certains interviewés nous alertent qu'en l'absence de cette intégration le risque est d'avoir des profils de « techniciens » plutôt que de « professionnels ».

Ensuite, une description minutieuse et bien détaillée du processus de prise en charge type chemin clinique est réalisée. Et dans le processus, identifier les compétences nécessaires pour faire les actes. « Toutes les étapes réalisées, cognitives, ce qu'il doit savoir, quelles sont les décisions qu'il va prendre dans son nouveau champ de compétences et il doit avoir tous les éléments qui vont lui permettre de faire les meilleurs choix » (DS4).

C) La formation

La formation des délégués qui est un élément central dans le dispositif, doit être opposable et intangible avec un niveau d'exigence en termes de compétence élevé. Cette formation qui doit s'incarner dans une approche de professionnalisation, où le délégué devra avoir un raisonnement clinique proche du raisonnement médical et « des connaissances et des compétences dans la spécialité qui relèvent du domaine médical » (ARS2). Une formation rigoureuse de type DU paraît indispensable, car pour ces personnes interrogées, il ne faut pas que l'on puisse dire, demain, que la personne a été « formé sur le tas » sans que ce soit validé et évalué. Mais, il est parfois difficile de trouver un DU spécifique validant, pour les paramédicaux. « Nous avons choisi un DU dans la spécialité, avec des connaissances poussées sur toutes les spécificités des maladies, suivi avec les autres médecins. Mais il n'était pas validé pour les paramédicaux, avec seulement la délivrance d'une attestation » (DS6).

Il peut être nécessaire de préciser des prérequis, soit en termes d'expérience professionnelle, soit en termes de diplômes ou de formations, à la formation prévue dans le protocole. Pour le CSS, on ne peut pas donner la délégation « du jour au lendemain ». La position de délégué ne peut arriver qu'au bout d'un certain parcours professionnel. « Pas une jeune diplômée dans un protocole de CPS. » Pour un protocole de consultation infirmière, le professionnel doit être issu du service de la spécialité où il a travaillé ces dernières années en consultations. « Elle a un DU en éducation thérapeutique en santé

publique et une formation à l'entretien motivationnel. La durée de l'expérience requise qui est clairement notée dans le protocole de CPS, est de 5 ans minimum. »

L'évaluation des compétences acquises par les professionnels délégués à l'issue de la formation est évoquée à plusieurs reprises. Pour le CSS enquêté, « Pour la formation de l'infirmière on a blindé : on lui demande d'avoir une maîtrise du module de la spécialité qui est enseigné aux étudiants de médecine. Qui sera validé par examen écrit et pratique au CHU voisin par un PU-PH. » Cette infirmière qui est dans le service depuis 11 ans et qui fait des consultations d'éducation seule, s'est immergé dans l'unité en faisant des visites avec les médecins, « comme les internes », pour apprendre comment l'examen clinique et l'interrogatoire de patients. « Elle sera amenée à lire des bilans et à prescrire. »

L'IDE interrogée a suivi une formation à l'accompagnement et une formation clinique en soins infirmiers « c'est général : transmissions ciblées, relation d'aide, stress, management... une semaine par mois avec mémoire ». Elle n'a pas eu formation sur la spécialité médicale, mais une reconnaissance de ses acquis, par le médecin de ses nombreuses années d'expériences. Le médecin interrogé reconnaît que l'IDE a des connaissances dans le domaine de la spécialité « quasi équivalente aux siennes », mais pas forcément pour les liens avec les autres pathologies. « Ses connaissances sont bien supérieures à celle des médecins généralistes, mais est-on obligé d'en savoir autant, je ne sais pas ? ». Le médecin reconnaît, que si l'IDE n'avait pas cette expérience, un DU sur la pathologie et/ou un DU sur l'éducation thérapeutique seraient nécessaires.

3 Une stratégie managériale pour le directeur des soins

La modification du champ d'intervention des professionnels de santé est un enjeu majeur pour l'avenir de notre système de santé. Les CPS questionnent les métiers actuels et leur adéquation avec les besoins de santé croissants liés au développement des maladies chroniques dans un contexte de vieillissement de la population. En tant que futur DS, j'aurai nécessairement à travailler la mise en cohérence de l'évolution des métiers, notamment par la mise en œuvre et l'accompagnement de protocoles de CPS. Au regard des recommandations, d'une revue de littérature et de l'analyse des entretiens réalisés, il me paraît important de m'intéresser à la stratégie que pourrait adopter le directeur des soins au sein de l'institution pour initier, faciliter, encourager et accompagner les coopérations entre professionnels de santé.

Par sa place institutionnelle, le DS est associé aux évolutions stratégiques de l'établissement et « conçoit la politique de soins en cohérence avec les besoins des territoires au sein du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire »⁶¹. Aujourd'hui, le DS doit s'intéresser à l'environnement et aux différents acteurs de santé du territoire. Un contexte contraint dans un cadre de Communautés Hospitalières de Territoires (CHT), amène à une analyse plus fine des réponses adaptées aux besoins de santé. Afin de contribuer au positionnement de l'offre en soins de l'établissement, le DS doit impulser le développement d'une culture de coopération et développer une stratégie managériale de CPS au sein de l'établissement de santé.

Le rapport récent sur la modernisation des ressources humaines recommande de « donner au directeur des soins les leviers d'action nécessaires pour animer et coordonner les cadres supérieurs et les cadres de santé développer la politique de qualité et de sécurité des soins à promouvoir les innovations dans le domaine paramédical, en lien avec le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), les chefs de pôle et le directeur des ressources humaines. »⁶²

⁶¹ Référentiel métier de directeur des soins, mars 2010, DGOS.

⁶² TOUPILLER D., YAHIEL M., janvier 2011, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*. p. 21

3.1 Une culture de la coopération entre professionnels à développer

L'un des obstacles à la coopération est d'ordre culturel, car par tradition, l'exercice médical est individuel et organisé sous forme de décret d'actes. Ce nouveau mode d'exercice partagé ne peut pas se mettre en place par le fait qu'il soit décrété. L'initiative des professionnels dans ce mode de coopération est primordiale. Les éléments de la culture sont des « formes » de comportement. « La culture organisationnelle, comme tous les phénomènes culturels à tous niveaux, s'inscrit dans la durée. Cela ne signifie pas qu'elle soit immuable. Mais les changements y prennent plus la forme de lentes évolutions que de soudains retournements. »⁶³ Un temps d'acculturation est nécessaire et même essentiel, notamment afin de préparer les générations actuelles et futures à ce type d'organisation. Le DS doit inscrire son management dans le contexte de cette culture.

Les outils et les méthodes d'élaboration de protocoles de coopération ne sont pas les principaux freins, même si dans certains cas ils peuvent y avoir participé. Mais les professionnels de santé eux-mêmes, individuellement, mais aussi collectivement représentent la première source de résistance possible. Dans la coopération, il s'agit d'un partage, d'une mise en commun, d'un croisement des compétences des uns et des autres au service de la qualité des soins et d'une meilleure organisation des activités des professionnels. Mais, chaque professionnel a un territoire d'intervention que les CPS viennent modifier.

Cette approche par le développement d'une culture de la coopération interprofessionnelle nous conforte dans l'idée d'une interdépendance continue entre l'identité des professionnels pouvant être amenés à coopérer et les représentations qu'ils ont des métiers en santé au sein de leur environnement de travail. Selon Abric, « la représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. »⁶⁴ Cette interdépendance paraît constituer un levier majeur pour continuer à élaborer les changements individuels et collectifs face à la nécessaire adéquation des compétences avec les besoins de santé et pouvoir faciliter des passerelles entre différentes professions.

Pour s'adapter à ces enjeux, un travail sur les représentations nous semble donc nécessaire autant au niveau macro avec la politique nationale et régionale sur les coopérations, qu'au niveau micro au sein de l'établissement et des pôles.

⁶³ LAROCHE H., 2005, « culture organisationnelle » in AUBERT N., GRUERE J.-P., (dir), *Management aspects humains et organisationnels*, Paris : PUF, p. 554.

⁶⁴ ABRIC JC, 1994, *Pratiques sociales et représentations*, Paris : PUF, p. 13.

A) Le niveau macro

Le niveau macro dépasse le plus souvent le DS au niveau d'un établissement, mais cela peut le concerner s'il participe aux travaux d'une association par exemple. Mais surtout, il peut s'en saisir pour agir au niveau de son établissement. Le tissu même de la loi HPST est imprégné par l'idée d'une structuration des coopérations et décliné sur plusieurs niveaux. Outre les CPS, les CHT, les Groupements de Coopération Sanitaires (GCS) et autres conventions entre établissements, incités par la loi HPST, sont déployées actuellement dans le système hospitalier. La « coopération » fut même l'un des maîtres mots de la ministre de la santé⁶⁵ lors de son premier discours en mai 2012. De plus, pour le président de la FHF⁶⁶, une nouvelle politique de gestion des ressources humaines passe par une modernisation des pratiques professionnelles, avec notamment les coopérations entre professionnels de santé. « La promotion des coopérations entre les professionnels et l'émergence de nouveaux métiers doivent être encouragées afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population, en permettant de concilier proximité, qualité, sécurité et recours. »⁶⁷

B) Le niveau micro

Au niveau micro, les professionnels doivent prendre en compte ces différents contextes avec lesquels ils se trouvent en relation. Comment le DS peut accompagner les CPS ? Ceci sur tous le parcours, de l'impulsion et à l'accompagnement du développement des compétences. Suite à notre enquête, nous observons que certains professionnels médicaux ne sont pas encore complètement rentrés dans la culture de la loi HPST et de l'article 51. Par contre, certains médecins anesthésistes ou chirurgiens, travaillent par exemple sur les chemins cliniques, y voient un intérêt. Un travail sur les représentations, qu'a le médecin concerné par la CPS de ce qu'est un professionnel paramédical et de ce que peut être son rôle dans le cadre d'une coopération, devrait être impulsé par le DS et doit aller du porteur de projet au président de la CME. Concernant les professionnels paramédicaux, ils ont parfois des postures professionnelles qui ne sont pas nécessairement très assurées, avec notamment quelquefois un manque de leadership dans leur place possible dans le champ de la santé et pour faire valoir certaines positions. Le DS peut apporter sa contribution et son aide dans l'appui de caractéristiques qu'on ne peut pas effacer dans un protocole de CPS : tels que la zone d'autonomie et la reconnaissance d'un raisonnement clinique différent de celui d'un technicien. Le rapport

⁶⁵ Discours de Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, Hôpital Expo 2012.

⁶⁶ Discours de Frédéric Valletoux, président de la FHF, Hôpital Expo 2012.

⁶⁷ FHF, janvier 2012, *Le service public de santé, une ambition pour la France - 2012/2017*, p. 22.

Hénart⁶⁸ place l'élaboration de protocoles de coopérations entre professionnels de santé, comme un des enjeux de reconnaissance d'une « profession médicale à compétence définie » dont le champ d'exercice serait déterminé par le code de la santé publique.

3.2 La contribution du directeur des soins

3.2.1 L'incitation à la coopération

A) Les projets institutionnels

Les directeurs des soins, par le décret du 29 septembre 2010⁶⁹, voient s'ouvrir devant eux de nouveaux champs de responsabilité dans le cadre d'un mode d'exercice rénové, positionnant leurs missions à un niveau plus politique et stratégique. « Il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans les domaines de la politique des SIRMT ». Il participe de ce fait l'adaptation de l'offre de soins à l'évolution de la demande en soins du territoire de santé. De plus, il est responsable des activités de soins et de leur bonne exécution par du personnel qualifié, dans une organisation qui respecte les champs de compétences de chacun et les normes règlementaires. Pour une coordination performante du parcours de soins, le DS doit pouvoir s'engager dans ces voies de progrès avec les médecins et des autres membres de la direction de l'établissement, par le directoire.

L'hôpital paraît être un lieu privilégié où ces projets doivent s'élaborer dans la qualité et la sécurité des soins. Il nous paraît aussi important d'inscrire la coopération entre professionnels de santé comme un item fort du projet d'établissement et du projet de soins qui pourront être des leviers. Le projet d'établissement⁷⁰ « définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. »

Lors de l'un de nos stages, le projet d'établissement d'un CHU situe l'article 51 dans l'objectif global intitulé « Préparer, anticiper les évolutions technologiques et les organisations de soins. » La CPS fait même l'objet d'une fiche projet au sein du projet de soins dans la partie « hôpital du futur ». Indiquer dans son projet de soins que l'on veut faire des CPS nous paraît être un préalable indispensable pour inciter à la réflexion

⁶⁸ HENART L., BERLAND Y., CADET D., janvier 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, p. 49.

⁶⁹ Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins.

⁷⁰ Article L 6143-2 du CSP.

institutionnelle de façon transversale. En effet, le projet de soins va prioriser la qualité et la sécurité des soins avec un souci de collaboration, de coordination et d'amélioration du processus de prise en charge. Les CPS ne sont pas un objectif, mais bien un outil du projet de soins au service de l'optimisation de la prise en charge du patient, dans un contexte territorial de santé donné. Nous pensons que selon les contextes démographiques les protocoles de CPS peuvent aussi être des outils du projet de pôle.

Dans certains projets régionaux de santé, les CPS sont positionnées comme un outil en réponse à un besoin de santé et à la qualité des soins. Avec par exemple⁷¹ l'amélioration la situation démographique des néphrologues dans la région, avec comme une des actions : « favoriser la coopération entre les professionnels de santé ». C'est un autre levier sur lequel le DS peut s'appuyer pour inciter à réfléchir sur les pratiques et parfois initier la CPS. Cette démarche, aujourd'hui ne peut pas faire l'économie d'une réflexion sur le territoire de santé ou le cas échéant sur le bassin délimitant une CHT. Le projet médical de territoire paraît être un support favorable pour poser des jalons d'une dynamique de territoire porteuse pour les coopérations interprofessionnelles. Dans l'élaboration d'un CPS, observer ce qui se passe sur le territoire et associer les établissements sera d'autant plus facilitant dans l'autorisation du protocole par l'ARS qui va regarder les besoins de santé sur le territoire. Par exemple, une pénurie de kinés est souvent vécue de façon similaire par des établissements voisins, et la réflexion sur la coopération avec d'autres professions peut se faire ensemble.

En préalable, nous pensons qu'il faut une conviction et une implication forte, à la fois de la direction des soins, des membres de la direction, mais aussi de la direction générale dans un projet de coopération.

B) Valorisation financière des professionnels

Si la CPS permet de reconnaître des compétences nouvelles aux professionnels de santé et les valorisent avec un niveau de responsabilité et d'autonomie accrue, le frein en contrepartie est qu'il n'y a pas de reconnaissance d'un point de vue financier. Ce ne serait pas illogique lorsqu'on augmente le niveau de responsabilité d'un professionnel, que cette responsabilité soit rémunérée. Aujourd'hui le niveau de salaire n'est pas donné par le diplôme, mais par le contour du poste, les actes réalisés, le niveau de responsabilité lié et le niveau d'autonomie. Mais il existe un autre discours qui est de dire qu'une autre forme de valorisation existe par le parcours professionnel des professionnels de santé qui auront été précurseurs. Le moyen éventuel évoqué dans notre enquête pour valoriser financièrement ce service rendu est la prime. Le rapport Hénart, a mis en avant la nécessité de « valoriser les parcours professionnels, c'est également tirer

⁷¹ Projet régional de santé Champagne-Ardenne 2012-2016, p. 263.

les conséquences des évolutions des métiers en matière de rémunération. A ce titre, la question du mode de rémunération des nouveaux métiers est, bien évidemment, un enjeu majeur. Cette rémunération doit être, sur le fond, principalement liée aux responsabilités supplémentaires, conséquences des compétences accrues. ».⁷²

Le dispositif auquel il peut être recouru est celui des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Ils ont vocation à concerner au premier chef les soins de 1er recours, et l'exercice regroupé des professionnels sous toutes ses formes. Le décret du 27 février 2012⁷³, précise la possibilité aux ARS d'utiliser le fonds d'intervention régional pour financer « le développement de nouveaux modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre professionnels de santé, en particulier la télémédecine. »

Actuellement, trois modèles spécifiques de valorisation pour les professionnels de santé et les établissements engagés dans un protocole de coopération sont à l'étude par le ministère :

- Un forfait ou une majoration d'actes versés en contrepartie d'engagements de la structure ou du médecin (complément du paiement à l'acte),
- Une rémunération forfaitaire d'une séquence de soins (en substitution au paiement à l'acte),
- La création d'un acte ou d'une consultation paramédicale en nom propre (substitution totale à l'acte médical).

3.2.2 La communication

Communiquer est un élément essentiel dans le développement du projet. Car il y a un certain nombre de craintes à lever concernant la démarche et surtout montrer l'intérêt à agir, pour parfois dédramatiser. Ne pas sous-estimer la part que joue la culture organisationnelle des soins dans la façon d'aborder la communication. Il y a des craintes à la fois des professionnels médicaux et non médicaux à s'inscrire dans la démarche. Plusieurs niveaux de communication interne sur le projet sont à prévoir autant dans l'unité concernée, mais aussi au niveau de l'établissement et à l'extérieur. La communication est construite en fonction des messages à faire passer, des publics visés, et des phases dans l'avancée du projet.

⁷² HENART L., BERLAND Y., CADET D., janvier 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, p.50.

⁷³ Décret n°2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé.

La communication pourrait s'organiser selon deux axes :

- Le premier, serait de faire connaître le dispositif au sein de l'institution, cette possibilité de coopération, afin de faire tomber les freins. Aujourd'hui la plupart des médecins et paramédicaux ignorent encore ce qu'est un protocole de CPS. Les projets institutionnels comme nous avons vu ci-dessus pourraient être un premier élément pour faire émerger des questionnements. L'engagement du DS est essentiel dans ce vecteur. Des interventions en réunion auprès des cadres seraient nécessaires, mais aussi, il faudrait impulser le concept au niveau des instances comme la CSIRMT et la CME pour expliciter, ouvrir le débat et permettre de faire émerger des résistances. Une rencontre avec les partenaires sociaux afin d'entendre leur point de vue est à réaliser. Lors de cette phase de communication régulée par le DS, ses interventions se veulent pédagogiques et sont complétées par des professionnels participants à un protocole de CPS. Créer un évènement comme une journée d'étude sur les CPS en présence d'experts et de professionnels permettrait de mobiliser les professionnels de santé et les inciter à se lancer dans les protocoles.
- Le deuxième temps fort de la communication se situe au cours de l'élaboration du projet et en aval. En particulier, il est nécessaire que le projet et ses finalités soient acceptés et compris par les autres services, notamment ceux en lien avec la prise en charge du patient. Des échanges de point de vue sur les prises en charges actuelles et sur les réponses aux besoins de santé de la population. Des temps de présentation réguliers de l'avancée du projet lors des instances, en particulier en CME et en CSIRMT sont à programmer. Un volet communication plus particulièrement à destination des professionnels qui vont être concernés et impactés par cette coopération. Si deux ou trois professionnels paramédicaux se retrouvent inclus dans un protocole, qu'est-ce que cela veut dire pour les autres ? Pour l'équipe ? En quoi cela impacte les modes d'organisations ?

Pour la préparation des communications, il est important de bien connaître les pratiques de soins au niveau de l'institution, d'être attentif aux signaux qui peuvent remonter sur telle pratique, dans tel secteur de soins. Mais aussi de repérer certaines organisations qui peuvent nous interpeller et qui peuvent questionner la possibilité de coopération entre professionnel. Solliciter l'esprit d'initiative et d'innovation de l'encadrement. Même s'il a une vision correcte de la cartographie des besoins, le DS n'a pas toujours la finesse de la connaissance des détails et là il doit s'appuyer sur l'encadrement. L'aspect prise de conscience des risques encourus par les professionnels et les patients du fait des glissements de tâches est à travailler, avec une volonté affichée de voir régulariser ces activités par la conception de protocoles de CPS.

La mise en avant des avantages qu'apportent les protocoles de coopération, concernant la visibilité de certains champs de la santé publique qui sont en effet peu valorisés jusqu'à maintenant. Par exemple, la prévention, le dépistage et le suivi des patients chroniques nécessaire pour limiter la survenue ou l'aggravation de pathologies lourdes et invalidantes. Le DS a une responsabilité pour une vision future de l'organisation des soins de demain et sur la façon de s'y préparer.

Une source intéressante commence à se dessiner, suite à l'émergence de thématiques d'intérêt national dans les CPS, en appui de la démarche. Les domaines privilégiés au niveau national par les protocoles de CPS déjà autorisés ou en cours d'instruction sont notamment : l'ophtalmologie ; la radiologie avec extension des activités paramédicales à actes médicaux avec une visée de diagnostic de routine ; l'urologie avec consultation prévention et dépistage ; ainsi que de nombreuses consultations de suivi de patients atteints de maladies chroniques.

Pour affiner cette source d'information et d'aide aux promoteurs de protocole de CPS, la mise en œuvre d'un système d'information dédié appelé « Coop-PS », est en cours de finalisation au niveau du ministère. Déployé en région à compter de l'automne 2012, il permettra d'assurer de la transparence au dispositif en facilitant la communication et les échanges d'informations entre les acteurs et en donnant de l'information sur les protocoles en cours ou autorisés à l'ensemble des acteurs. Ce dispositif, sous forme de plateforme internet accessible par les établissements, servira d'outil pour l'instruction et le suivi des dossiers de manière informatique. Facilitant ainsi la communication entre HAS, ARS et promoteurs lors de l'étude des protocoles.

3.2.3 L'accompagnement du directeur des soins

A) Les préalables

La prise en compte, dans l'accompagnement, de la reconnaissance de la place de chacun dans le projet de protocole sera vecteur de réussite. Pour le philosophe Y. Schwartz, « la coopération regarde vers le travail fait par les uns et par les autres, le travail d'ajustement réciproque, parce que s'ajuster les uns aux autres c'est du travail ! Et certains préfèrent effectivement "travailler tout seul", pour ne pas avoir à faire ce travail d'ajustement des uns et des autres, qui a un coût. Il ne faut surtout pas penser que ces travaux d'ajustement réciproques sont facilement descriptibles et qu'on peut les montrer du doigt. »⁷⁴

⁷⁴ SCHWARTZ Y., DURRIVE L. (dir.), 2003, *Travail et ergologie, entretiens sur l'activité humaine*. Toulouse : Octarès, p. 190.

Si l'ensemble de la direction doit être partie prenante, un autre préalable à l'engagement du directeur des soins est qu'il soit « missionné » par le directeur général dans cette démarche, avec par exemple une lettre de mission. De plus, cette démarche ne pouvant se faire seul, il est essentiel d'avoir l'adhésion du président et du vice-président de la CME et du Doyen de la faculté de médecine (pour les CHU), car dans la plupart des projets de protocoles ce sont des transferts entre le corps médical et les professionnels paramédicaux. Une fois qu'un projet de protocole émerge, la constitution d'un comité de pilotage des projets de coopération nous paraît nécessaire pour donner une visibilité institutionnelle. Mais aussi, définir une méthodologie de travail, accompagnement et soutenir les équipes. Car nous l'avons vu, c'est un lourd travail. Ce comité pourrait être composé du président de la CME, du Doyen de la faculté, du président de la recherche, du directeur des ressources humaines, de médecins, de paramédicaux et du DS.

B) La posture du DS

Le DS de par sa position institutionnelle « impulse » la volonté de développer les protocoles de CPS, pour ce faire, il doit adopter une posture d'incitation à la coopération et mettre en place les conditions et l'accompagnement nécessaire. Il est garant aussi dans l'élaboration d'un protocole d'une vision sur des activités de paramédicaux relevant d'un professionnel, plutôt que des activités d'un technicien. Le DS de par son rôle pourra être amené à peser dans une négociation, quand il y aura nécessité. Il peut-être aussi confronté avec la communauté des autres professionnels paramédicaux qui peut ne pas comprendre, mal comprendre ce qu'est le travail du professionnel délégué.

Le DS ne doit « pas forcer », ce sont bien les équipes qui doivent être à l'origine des protocoles et impliquées dans le protocole. Il peut faire des propositions, mais c'est les professionnels qui s'en emparent ou pas. Il n'est pas sur la réalisation du protocole, mais a un rôle de coordination de cadrage. Les professionnels référents sont le délégué et le déléguant. Dans le cas où un médecin y voit de l'intérêt, sans être suivi par l'équipe au sens large pour des raisons de modification d'organisation, le DS à son rôle.

Le DS peut être un « facilitateur ». Pour les rédacteurs, il faut être en capacité de faire une analyse du besoin, de l'existant, de se projeter sur une réorganisation, d'y attacher des moyens et surtout définir des compétences. Au-delà, définir les moyens d'accéder à ces compétences et de les évaluer. Elaborer un dispositif de gestion des risques adapté et des indicateurs d'évaluation pour encadrer la CPS. Le DS doit pouvoir mobiliser et coordonner des expertises internes et externes qui agiront comme leviers aux moments opportuns dans l'élaboration du protocole de CPS, comme par exemple :

- Le rapprochement avec le service formation et des organismes de formation, pour réfléchir sur l'écriture des compétences à acquérir, et le dispositif de formation à développer en regard.
- L'assistance de la direction de la qualité et de la gestion des risques pour aider à la description des risques potentiels associés pour chaque phase du protocole, ainsi que les indicateurs.
- L'appui sur des personnes ressources d'établissements de santé ayant développé des projets similaires.
- Le lien avec le référent ARS pour un accompagnement dans l'écriture des protocoles avec l'organisation de réunions/ateliers entre l'HAS, l'ARS et les promoteurs.

Cela conduit à travailler en collaboration et le DS doit prendre toute sa place pour une aide efficace, mais cela impose aussi des relations satisfaisantes entre les différents acteurs.

C) Le développement des compétences

Une description minutieuse et très détaillée du processus de prise en charge est attendue dans l'élaboration d'un protocole. Le DS peut aider l'équipe à aller jusqu'au bout de cette décortication de type chemin clinique : qui fait quoi, quand, comment, identification des risques pour chaque étape avec proposition de résolution du risque pour chaque point critique. Les risques sont à évaluer tant pour les patients que pour les professionnels et toujours imaginer le risque le plus improbable ! Ce processus permet de délimiter très précisément le périmètre des actes dérogatoires. Il nous paraît important de distinguer les actes techniques et les actes intellectuels et de bien détailler ce qui va être fait dans le protocole, toutes les étapes réalisées, notamment cognitives, que le délégué doit savoir et quelles sont les décisions qu'il a à prendre. Car quand on rajoute des compétences supplémentaires, le niveau de décision n'est pas le même. Le délégué doit avoir tous les éléments qui vont lui permettre de faire le meilleur choix.

Etre attentif aux fondamentaux de la coopération. C'est une relation interpersonnelle et la notion d'initiative de terrains, de confiance et loyauté entre les acteurs est essentielle. Deux professionnels qui ne se connaissent pas, rend la mise en œuvre difficile. Le plus souvent les protocoles de CPS s'organisent entre des professionnels qui ont déjà travaillé ensemble. Dans ce cas, il y a une reconnaissance mutuelle de la place du délégué et du déléguant, la relation de confiance s'est installée depuis souvent de nombreuses années. La confiance entre le délégué et déléguant avec une bonne connaissance du champ d'intervention de l'un et de l'autre est un préalable indispensable avant toute déclinaison de compétences. Il est important que le délégué sache s'arrêter, quand il est dépassé et puisse faire appel au déléguant.

Le développement des compétences n'est pas uniquement du fait du professionnel mais, aussi en lien avec le contexte dans lequel il évolue, et en particulier avec le management mis en œuvre. Le DS responsable de l'organisation des soins, sera un acteur privilégié d'une part, dans l'évaluation des compétences nécessaires et d'autre part dans le maintien durable des compétences dans un projet de CPS. Dans ce contexte de CPS, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) est un levier pour le DS. Il doit s'impliquer avec le directeur des ressources humaines dans cette démarche permettant d'anticiper et de s'adapter notamment aux besoins en santé du territoire.

Le contenu du programme de formation et ses actions s'y afférant devraient prendre la forme de formation théorique et pratique avec mises en situation. Mais aussi, si possible le compagnonnage avec un professionnel expérimenté qui peut expliquer son travail, définir et décrire son action, problématiser, exprimer son ressenti et mesurer les risques.

Trois modèles de formation sont recommandés par la HAS :

- Formation spécifique théorique et pratique mis en œuvre dans la structure où se met en place le protocole.
- Formation théorique à l'université, dans un institut ou une école proposant un programme adapté au besoin du ou des délégué(s).
- Formation théorique et/ou pratique par compagnonnage.

La valorisation des acquis de l'expérience (VAE) peut être un atout pour la validation des compétences. En effet, certains DU destinés aux manipulateurs peuvent rentrer dans la VAE. Il est nécessaire de s'orienter vers des unités mixtes de formation qui proposent des DU pas seulement pour les médecins, mais aussi pour les paramédicaux. Il nous paraît essentiel de prévoir une évaluation des compétences acquises par les professionnels délégués à l'issue de la formation en terme de « savoir exécuter » et de « savoir agir ». Au-delà de l'évaluation de connaissances par examen écrit, il est indispensable d'évaluer par ses pratiques professionnelles dans le « pourquoi et comment il agit » sous forme de situations simulées.

3.2.1 L'information au patient

Le patient est au cœur du processus de coopération et en est le bénéficiaire. Les évaluations des expérimentations Berland réalisées par la HAS et l'ONDPS montrent globalement une satisfaction des patients et mettent en évidence des bénéfices réels pour les patients en comparaison avec la pratique médicale habituelle. Pour le docteur Giles, la satisfaction globale des patients dans la coopération entre professionnels a été ressentie par l'équipe dès le début de l'expérimentation et l'enquête menée auprès des patients traités ne fait que confirmer cette impression. Mais elle ajoute, « qu'en l'absence de comparaison avec un modèle antérieur, il est impossible d'attribuer cette satisfaction au seul transfert de compétences. Toutefois, il apparaît évident que la présence de

l'infirmière experte dans le dispositif de soins permet de mieux répondre aux attentes des patients et peut, éventuellement, influencer leur tolérance du traitement. »⁷⁵

L'article L.4011-1 du CSP impose aux professionnels de santé d'informer les patients de leur engagement dans un protocole de CPS impliquant d'autres professionnels. L'information du patient nécessite de prendre du temps, d'adapter son langage qui doit être clair, loyal et approprié. C'est un préalable nécessaire de telle sorte que le patient puisse librement exercer son consentement à cette nouvelle forme de prise en charge. Cette étape d'information aux patients pourrait être perçue comme voulant dire « vous allez être moins bien soignés ». En effet, certaines associations d'usagers ont des craintes et redoutent l'accentuation d'une « médecine à deux vitesses ». Mais, nous considérons que cette étape doit avoir toute l'attention de l'équipe du protocole, car c'est aussi par le patient que vont passer des leviers de développement de la culture de coopération entre professionnels et d'évolution des métiers. Un des critères d'évaluation du protocole est la satisfaction des patients et il convient d'être attentif aux retours des patients.

⁷⁵ GILES H., 2007, *Enquête de satisfaction auprès de patients atteint d'une hépatite chronique C suivis par une infirmière : expérimentation sur le transfert de tâches au centre hospitalier de Montélimar*. Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine : Université Claude Bernard Lyon 1, p. 38.

Conclusion

Si le protocole est une démarche ascendante des professionnels demandant une expertise et une validation d'une pratique dérogatoire qui se veut innovante pour l'accès aux soins, il est aussi un levier vers un nouveau modèle de prise en charge. Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques sont des éléments forts du contexte démographique et socio-économiques actuels, au sein duquel les attentes de la population en matière de santé et de soins se sont modifiées. Cette évolution place les coopérations entre professionnels de santé comme un enjeu conjoncturel pour faire face à la demande en soins, tout en permettant de garantir un haut niveau de qualité des soins. Cet enjeu s'inscrit dans un contexte annoncé de tension de la démographie médicale, qui redéfinit le rôle de chaque acteur de santé dans la prise en charge des patients. Les CPS sont un levier pour repenser les organisations et les fonctions et évaluer les besoins en compétences. En effet, les disciplines de pointe, la télémédecine, les modes de prise en charge, le parcours de soins, impactent de fait les besoins en compétences.

L'hôpital nous semble être un lieu privilégié où les protocoles de coopération doivent se construire dans la qualité et la sécurité des soins. Le directeur des soins doit pouvoir s'engager dans ces voies de progrès avec les médecins, le président de la CME et les autres membres de la direction.

Le directeur des soins, de par son positionnement institutionnel et son implication, doit pouvoir, sur les bases des orientations nationales, du contexte territorial et de sa connaissance du terrain, être un acteur fédérateur autour des projets de coopération entre professionnels de santé. De nombreux obstacles, résistances et freins de nature et de niveaux différents jalonnent les étapes de développement des protocoles de coopération. Cependant, dans les établissements qui se lancent dans cette expérience on sent une mobilisation importante avec l'identification de leviers forts sur lesquels le directeur des soins doit s'appuyer pour bâtir sa stratégie afin d'encourager et d'accompagner au mieux ces projets. Le directeur des soins, doit impulser une dynamique de coopération, incitatrice et facilitatrice au sein de l'établissement, avec un rôle de coordination et de cadrage. De plus, il s'assure particulièrement des conditions de développement des compétences nécessaires pour le délégué et des conditions d'évaluation. Enfin, le directeur des soins, au-delà de l'engagement essentiel de l'encadrement, doit pouvoir mobiliser et coordonner des expertises internes et externes qui agiront comme leviers aux moments opportuns dans l'élaboration du protocole de CPS.

Le développement de programmes nationaux enclenchés au niveau du ministère, s'appuyant sur des protocoles de CPS, pourrait être un vecteur d'accélération des

dynamiques locales en cours. Ces protocoles nationaux devront être « ciblés sur quelques grands domaines de santé (tels que la prise en charge des maladies chroniques et du soin aux personnes âgées) et permettant de vérifier sur le terrain la pertinence ou non de ces nouveaux modes d'exercice. »⁷⁶

La recherche bibliographique et documentaire réalisée, ainsi que l'analyse de l'enquête de terrain participent à la multiréférentialité nécessaire à l'exercice de la fonction de directeur des soins. Ce développement initié, reste ouvert, nous le considérons comme évolutif, dans une dynamique professionnalisation.

⁷⁶ HENART L., BERLAND Y., CADET D., janvier 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, p.52.

Sources et bibliographie

Ouvrages

- ABRIC J.-C., 1994, *Pratiques sociales et représentations*, Paris : PUF, 256 p.
- ALTER N., 2010, *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, Paris : La Découverte/Poche, 225 p.
- ALTER N., 2010, *L'innovation ordinaire*, 3^e édition « Quadrige », Paris : PUF, 276 p.
- BARDIN L., 2003, *L'analyse de contenu*. Paris : PUF, 296 p.
- BLANCHET A., GOTMAN A., 2001, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Nathan, 128 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Seuil, 478 p.
- DADOY M., 1999, « coopération » in AKOUN A., ANSART P., (dir.), *Dictionnaire de sociologie*, Paris : Le Robert, pp. 116-117.
- DUCRET J.-J., 1991, « coopération » in DORON R., PAROT F., (dir.), *Dictionnaire de psychologie*, Paris : PUF, pp. 164-165.
- GONNET F., 2003, *L'hôpital en questions*, Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 268 p.
- LAROCHE H., 2005, « culture organisationnelle » in AUBERT N., GRUERE J.-P., (dir.), *Management aspects humains et organisationnels*, Paris : PUF, pp. 550-591.
- LE BOTERF G., 2000, *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris : Editions d'Organisation, 336 p.
- LE BOTERF G., 2010, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 5^e édition mise à jour et enrichie, Paris : Editions d'Organisation, 285 p.
- LECLAIR P., 2003, « Le débat, fondement de la coopération », in ALLOUCHE J., (dir.), *Encyclopédie des ressources humaines*, Paris : Vuibert, pp. 269-281.
- REY A., (dir.) 2005, *Dictionnaire culturel en langue française*, Paris : Le Robert, 7232 p.
- SCHWARTZ Y., DURRIVE L. (dir.), 2003, *Travail et ergologie, entretiens sur l'activité humaine*. Toulouse : Octarès. 308 p.
- VIAL M., 2001, *Se former pour évaluer : Se donner une problématique et élaborer des concepts*, Bruxelles : De Boeck, 263 p.
- ZARIFIAN P., 2009, *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*, Paris : PUF, 184 p.

Articles

BERLAND Y., BOURGUEIL Y., et al. mars 2010, « Dossier : Evolution des métiers de la santé : Coopérations entre professionnels », *adsp*, n°70, pp.13-66.

CADET D., Juillet - août 2011, « Des métiers en santé de niveau intermédiaire », *Revue hospitalière de France*, n°541, pp. 21-23.

LAUTRU M-A., MONNIER I., décembre 2010, « Nouvelles coopérations, enjeux, méthodologie et perspectives », *Soins*, n°751, pp. 36-37.

LE LUDEC T., et al., Janvier 2012, « Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : mise en œuvre et perspectives », *Les cahiers hospitaliers*, pp. 22-23.

MICHAUD S., Juillet - août 2011, « Coopération entre professionnels de santé Un exercice partagé avant la redéfinition des métiers ? », *Revue hospitalière de France*, n°541, pp.16-20.

MORET-BAILLY J., mars 2010, « L'organisation juridique des professions : logiques et contraintes », *adsp*, n°70, pp. 24-25.

PUGIN J.-M., Juillet - août 2011, « Coopération entre médecins radiologues et manipulateurs d'électroradiologie médicale », *Revue hospitalière de France*, n°541, pp.28-32.

RIGON S., ECKMANN L., MORAIS S., janvier 2012, « Accompagnement de projets de coopération entre professionnels de santé. Une mission à promouvoir au sein d'une ARS ? », *Gestions hospitalières*, n° 512, pp. 22-25.

ROCHE, J., 1999, « Que faut-il entendre par professionnalisation. », *Education permanente*, n°140, p. 35-49.

SCHERB B., mars 2011, « Coopération entre professionnels, pratiques avancées : l'avenir pour les acteurs de santé ! », *Les cahiers hospitaliers*, n°276, pp. 36-37.

VIAL, M., février 2005, « Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser. », *Soins cadre*, n° 53, p. 33-36.

WARGON E., mai-juin 2012, « ARS, Bilan d'étape et perspectives », *Revue Hospitalière de France*, n°546, pp. 56-57.

Thèse

GILES H., 2007, *Enquête de satisfaction auprès de patients atteint d'une hépatite chronique C suivis par une infirmière : expérimentation sur le transfert de tâches au centre hospitalier de Montélimar*. Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine : Université Claude Bernard Lyon 1, 58 p.

Textes législatifs et règlementaires

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 du 11 août 2004, p. 14277.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n° 2007-974 du 15 mai 2007 relatif au Haut Conseil des professions paramédicales. JORF n°113 du 16 mai 2007 p. 9372.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°167 du 22 juillet 2009, p. 12184.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé. JORF n°0012 du 15 janvier 2010, p. 839.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin. JORF n°175 du 31 juillet 2010, p. 14182.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. JORF n°227 du 30 septembre 2010, texte n° 35.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1204 du 11 octobre 2010 relatif aux modalités d'intégration des protocoles de coopération étendus dans le développement professionnel continu et la formation initiale des professionnels de santé. JORF n°238 du 13 octobre 2010, p. 18409.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0185 du 11 août 2011, p. 13754.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ Arrêté du 28 mars 2012 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé. JORF n°88 du 13 avril 2012, p. 6806.

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. Instruction n° DGOS/2012/RHSS/190 du 9 mai 2012 relative à la publication de l'arrêté du 28 mars 2012, modifiant la procédure applicable aux coopérations entre professionnels de santé.

Guide et Rapport

BERLAND Y., GAUSSERON T., novembre 2002, *Démographie des professions de santé*. [visité le 15.06.2012], disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643/0000.pdf>

BERLAND Y., octobre 2003, *Coopération entre professionnels : le transfert de tâches et de compétences* [visité le 15.06.2012], disponible sur internet : <http://www.aeeibo.com/RapportBerlandCooperationdesprofessionsdeSanteletransfertdetachesetdecompetencesoct2003.html>

OMS, 2005, *Former les personnels de santé du XXIe siècle, le défi des maladies chroniques*. [visité le 15.06.2012], disponible sur internet : http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report_fre.pdf

BERLAND Y., BOURGUEIL Y., juin 2006, *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*. [visité le 12.09.2012], disponible sur internet : http://www.anfiide.com/Documents/documents-utiles/rapport_cinq_experim_juin_2006.pdf

HAS et ONDPS, janvier 2007, *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé*. [visité le 15.06.2012], disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_etape_cooperation.pdf

HAS, octobre 2007, *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques*, [visité le 15.06.2012], disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_aspects_juridiques.pdf

DHOS et ONDPS, 2008, *Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS) Synthèse des travaux des 2 journées nationales (8 février et 9 avril 2008)*. [visité le 12.09.2012], disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf

HAS, avril 2008, *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation HAS*

en collaboration avec l'ONDPS [visité le 15.06.2012], disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr/portail/upload>

[/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf)

HAS et DGOS, juillet 2010, *Coopération entre professionnels de santé, guide méthodologique tome 2. Elaboration d'un protocole de coopération – Article 51 de la loi HPST*. [visité le 15.06.2012], disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_980069/cooperation-entre-professionnels-de-sante-elaboration-dun-protocole-de-cooperation-article-51-de-la-loi-hpst

HUBERT E., novembre 2010, *Mission de concertation sur la médecine de proximité*.

[visité le 15.06.2012], disponible sur internet :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000622/0000.pdf>

HENART L., BERLAND Y., CADET D., janvier 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. [visité le 15.06.2012], disponible sur internet :

<http://www.sante.gouv.fr/rapport-relatif-aux-metiers-en-sante-de-niveau-intermediaire-professionnels-d-aujourd-hui-et-nouveaux-metiers-des-pistes-pour-avancer.html>

TOUPILLER D., YAHIEL M., janvier 2011, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*. [visité le 15.06.2012], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/rapport-sur-la-modernisation-de-la-politique-des-ressources-humaines-dans-les-etablissements-publics-de-sante,7789.html>

FHF, janvier 2012, *Le service public de santé, une ambition pour la France - 2012/2017*.

[visité le 05.07.2012], disponible sur internet : [http://www.fhf.fr/Informations-](http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Actualites/A-la-Une/Le-service-public-de-sante-une-ambition-pour-la-France/Plateforme-politique-de-la-FHF-2012-2017)

[Hospitalieres/Actualites/A-la-Une/Le-service-public-de-sante-une-ambition-pour-la-France/Plateforme-politique-de-la-FHF-2012-2017](http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Actualites/A-la-Une/Le-service-public-de-sante-une-ambition-pour-la-France/Plateforme-politique-de-la-FHF-2012-2017)

FHF, mars 2012, *Propositions pour la mise en œuvre des recommandations du « rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire »*. [visité le 05.07.2012], disponible sur internet : <http://www.directeurdesoins-afds.com/ActusP.asp?IDactu=557>

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, 2012, *L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique Rapport 2011*.

[visité le 05.07.2012] disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 1

Guide d'entretien

1. Pourquoi selon vous la France est en retard ? Quels sont les freins ? Ce dispositif est-il suffisamment connu des acteurs hospitaliers ?
2. Pourquoi vouloir ou s'être engagé dans un protocole de coopération ?
3. Quelles conditions sont favorables à la mise en place de protocoles ? Quels sont les leviers ? qu'est ce qui peut amener les professionnels à cette initiative ?
4. Quel accompagnement le directeur des soins peut-il mettre en place pour faciliter les coopérations entre professionnels de santé ?
5. Quels freins peuvent être rencontrés au niveau de l'institution ?
6. Quel est le niveau de compétence attendu pour la coopération ? comment l'évaluer ?

VOLLE

Guillaume

Décembre 2012

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2012

LES COOPERATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE, QUELLE STRATEGIE POUR LE DIRECTEUR DES SOINS

Résumé :

Maladies chroniques et vieillissement de la population, appellent à développer de nouvelles prises en charge plus graduées et mieux coordonnées. Si à cela s'ajoute une raréfaction médicale, l'idée d'adaptation de l'offre de soins, d'exploration des voies nouvelles de répartition des actes médicaux et paramédicaux prend aujourd'hui tout son sens et l'ensemble les acteurs de santé sont concernés.

Le dispositif de coopération entre professionnels de santé permet par dérogation aux règles d'exercices, des transferts d'activités de soins, des réorganisations des modes d'interventions auprès des patients.

L'hôpital paraît être un lieu privilégié où ces initiatives doivent se construire dans la qualité et la sécurité des soins. Le directeur des soins doit pouvoir s'engager dans ces voies de progrès avec les médecins et les autres membres de la direction.

Ce travail tente d'identifier une stratégie managériale que pourrait adopter le directeur des soins pour l'élaboration de protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Mots clés :

Coopération – compétences - professionnels de santé – évaluation –
professionnalisation – actes dérogatoires - directeur des soins – ARS – HAS.

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