



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2015-2016**

Les Coopérations entre professionnels
de santé : un dispositif intermédiaire
pour repenser les métiers de la santé ?

EVE GUILLAUME
5 septembre 2016

Remerciements

Je tiens à remercier Odessa Petit Dit Dariel pour m'avoir guidée à travers la réalisation de ce mémoire, pour nos échanges qui ont enrichi mon analyse et pour sa grande disponibilité.

Je remercie Ljiljana Jovic pour son accueil en stage, la rigueur de son suivi pendant ces cinq mois et pour toutes les connaissances et les compétences professionnelles que j'ai pu développer à ses côtés.

Merci à Brigitte, Patricia, Sandrine et Eline pour leur bonne humeur communicative, les nombreux échanges qui ont nourri mes réflexions et leurs précieux conseils.

Je remercie Evelyne pour ses nombreuses relectures ainsi que tous mes proches pour leur soutien tout au long de mon master. Un merci particulier à Jane-Laure Danan et Cécile Kanitzer qui ont été des personnes décisives dans mon orientation universitaire.

Sommaire

Table des matières

INTRODUCTION	3
PARTIE 1 : RAPPORT DE MISSION	8
1 GENESE DU DISPOSITIF DE COOPERATION.....	9
1.1 IDENTIFICATION DU PROBLEME.....	9
1.1.1 <i>L'émergence du problème</i>	9
1.1.2 <i>L'inscription sur l'agenda politique</i>	13
1.2 LE DEVELOPPEMENT DU PROJET	17
1.2.1 <i>L'élaboration de solution</i>	17
1.2.2 <i>L'inscription du dispositif dans le droit commun</i>	19
1.2.3 <i>L'émergence du concept de pratique avancée en France</i>	24
1.3 MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF	25
1.3.1 <i>Organisation et moyens de mise en œuvre</i>	25
1.3.2 <i>L'application sur le terrain : le cas de la région Ile de France</i>	28
1.4 L'ÉVALUATION DU DISPOSITIF.....	30
2 LE BILAN REALISE A L'ARS ILE DE FRANCE	32
2.1 MATERIELS ET METHODES	32
2.1.1 <i>Étude qualitative</i>	32
2.1.2 <i>Étude quantitative et analyse de données</i>	39
2.2 L'APPORT DES COOPERATIONS PERÇU PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	39
2.2.1 <i>La coopération pour améliorer les prises en charges et l'accès aux soins ?</i>	40
2.2.2 <i>Les effets sur l'organisation du travail et l'activité des professionnels de santé adhérents</i>	43
2.2.3 <i>Perception du dispositif par les autres soignants médicaux et paramédicaux</i>	45
2.3 LIMITES ET OPPORTUNITES DU DISPOSITIF DE COOPERATION.....	47
2.3.1 <i>Un cadre réglementaire pas encore abouti ?</i>	47
2.3.2 <i>Des démarches longues : élaboration et adhésion à un protocole</i>	52
2.4 UNE GOUVERNANCE A CLARIFIER ?	58
2.4.1 <i>Le ministère en charge de la santé : l'exercice d'une coordination réelle ?</i>	58

2.4.2	<i>La HAS : une procédure transparente pour tous les acteurs ?</i>	59
2.4.3	<i>Une implication variable des ARS</i>	60
3	FINALITE DU DISPOSITIF	62
3.1	L'ÉVOLUTION DE METIERS SOCLES	62
3.2	L'ARTICULATION DU DISPOSITIF AVEC LES PRATIQUES AVANCEES.....	63
	CONCLUSION	65
	PARTIE 2 : ANALYSE REFLEXIVE DE LA MISSION	67
1	L'AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE DE FRANCE	67
1.1	LE POLE RESSOURCES HUMAINES EN SANTE	68
1.2	LE POSITIONNEMENT DU CONSEILLER TECHNIQUE AU SEIN DU POLE	79
1.3	LE DISPOSITIF DE COOPERATION : UN ACCOMPAGNEMENT DE PROXIMITE AU QUOTIDIEN.....	70
2	ANALYSE DE LA MISSION CONFIEE	71
2.1	ÉVALUER OU REALISER UN BILAN ?	71
2.2	REALISATION DE LA MISSION : ETAPE PAR ETAPE	74
2.3	DIFFICULTES ET BENEFICES DU TRAVAIL REALISE	75
	BIBLIOGRAPHIE	79
	LISTE DES ANNEXES	91
	ANNEXE 1 : PRE-PROJET DE STAGE	92
	ANNEXE 2 : GUIDES D'ENTRETIEN	104
	ANNEXE 3 : TABLEAU D'ANALYSE QUANTITATIVE REALISE AVEC EXCEL	110
	ANNEXE 4 : LISTE DES PROTOCOLES AUTORISES EN ILE DE FRANCE	112
	ANNEXE 5 : ORGANIGRAMME GENERAL DE L'ARS ILE DE FRANCE	118
	ANNEXE 6 : ORGANIGRAMME DU POLE RESSOURCES HUMAINES EN SANTE (OCTOBRE 2015)	119

Liste des sigles utilisés

ANFIIDE : Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés et étudiants

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

ARS : Agence régionale de santé

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

CESP : Contrat d'engagement de service public

CII : Conseil International des Infirmières

CISS : Collectif interassociatif sur la Santé

CLIO Santé : Comité de liaison des institutions ordinaires du secteur de la santé

DGOS : Direction générale de l'Offre de soins

DOSMS : Direction de l'offre de soins et médico-sociale

DSS : Direction de la Sécurité sociale

ECN : Epreuves classantes nationales

EGOS : Etats généraux de l'organisation de la santé

FNI : Fédération nationale des infirmiers

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

NOTRe : Nouvelle Organisation Territoriale de la République

PrefICS : Préfiguration des infirmier.e.s clinicien.ne.s

RHS : Ressources Humaines en Santé

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

URPS : Union régionale des professions de santé

Introduction

Le système de santé, confronté à de profondes et rapides mutations, s'est réformé afin de s'adapter aux nouveaux besoins. Les professions de santé ont ainsi évolué pour répondre aux mieux aux nouveaux enjeux et défis de la société.

Au début des années 2000, la France doit faire face à des inégalités d'accès aux soins sur le territoire et l'on prédit une diminution à venir des effectifs de médecins de façon transitoire, mais notable (Irdes, 2009). En 2007, la France comptait 208 000 médecins actifs et la Drees prévoyait une baisse de près de 10 % au cours des dix prochaines années. Au-delà des effectifs, les jeunes médecins aspirent, de plus en plus, à de nouveaux modes d'exercice et notamment au salariat et à l'exercice collectif, impactant l'organisation classique des soins de premier recours. Les politiques, dès lors, s'interrogent sur les mesures à prendre pour pallier à de possibles inégalités géographiques d'accès aux soins. Comment mieux répartir les médecins ? Comment suppléer leur activité ? Quelle structure mettre en place pour être en adéquation avec les aspirations de ces nouvelles générations de médecin ?

Dans le même temps, on assiste à une augmentation des patients pris en charge pour des pathologies chroniques¹ ou des polyopathologies² allant de pair avec un allongement de la vie. En 2007, on estimait, en France, que 15 millions de personnes, soit près de 20 % de la population, étaient atteintes de maladies chroniques, certaines souffrantes de polyopathologies (ministère de la Santé, 2007). Ces prises en charge sur le long terme ont ainsi contribué à faire évoluer le système de santé dans sa globalité pour répondre aux mieux à l'afflux de patients chroniques. Des sujets tels que la continuité des parcours de soins, la coordination ville/hôpital et l'amélioration de la qualité des soins sont devenus des priorités. Ce constat a aussi amené les professionnels de santé à se réorganiser pour améliorer les prises en charge, dans un contexte budgétaire restreint. La

¹ Une pathologie chronique est définie par l'OMS comme un problème de santé qui nécessite une prise en charge pendant plusieurs années (ex : diabète, cancer, asthme, VIH-SIDA, sclérose en plaques, psychoses...)

² Fortin, de la chaire de recherche sur les maladies chroniques en soins de première ligne de l'Université de Sherbrooke, définit la polypathologie comme la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu, sur la même période.

question de la division du travail entre chaque métier de la santé est alors apparue comme l'une des solutions à l'efficacité du système.

Parallèlement, les professions paramédicales aspirent à des évolutions de carrière. S'il est possible, aujourd'hui, pour les professions paramédicales d'aller vers des métiers du management en établissement de santé (cadre de santé, cadre supérieur de santé, directeur des soins) peu d'opportunités sont offertes dans le domaine de l'expertise clinique, excepté trois spécialisations pour les infirmiers : infirmier puéricultrice, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste. Les ordres professionnels paramédicaux, les associations représentant les différents métiers sont de plus en plus nombreux à revendiquer des niveaux de formation et de diplôme plus élevés, un adossement à la recherche et des métiers intermédiaires. Le concept de pratique avancée a ainsi été défini par le Conseil International des Infirmières comme « une infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer ». La profession infirmière et d'autres paramédicaux se sont organisés pour défendre la mise en place de la pratique avancée, l'utilisant comme un moyen pour contribuer au maintien de l'offre de soins.

La coopération entre professionnels de santé a ainsi été pensée pour « optimiser les parcours de soins, et apporter ainsi une réponse aux attentes des patients comme des professionnels » et afin de mieux répartir les activités entre les professionnels de santé (Bourgeuil, 2010).

La question de la répartition des tâches entre médecins et soignants, si elle peut paraître nouvelle en France, est présente depuis les années 40 aux Etats Unis, puis en Angleterre et au Canada (Delamaire, Lafortune, 2010). Dans la littérature internationale, les termes utilisés pour décrire les évolutions des rôles et des activités entre groupes professionnels varient selon la période et les auteurs. On retrouve les termes *skill mix*, *team work*, *interdisciplinary work* au début des années 90. *Skill mix*, terme anglo-saxon que l'on relève principalement dans la

littérature anglaise et nord-américaine, est généralement employé pour décrire la combinaison des postes dans un établissement ou la combinaison des employés sur un même poste. C'est aussi la combinaison des compétences disponibles à un instant donné (Buchan, 2000). L'étude de ce concept, renvoie en France, aux questions posées en matière de partage de tâches et des compétences, de définition du contenu et des frontières entre les différents métiers de la santé qui vont amener à créer le dispositif de coopération.

Le terme de coopération peut interroger. Il est défini comme l'engagement d'individus qui mettent en commun leurs connaissances et compétences pour articuler leurs activités individuelles et élaborer collectivement un référentiel d'actions permettant d'atteindre un but commun (Rullière et Torre, 1995. Dejours, 1993. Nadot, 2014). Cela suppose donc que les acteurs doivent communiquer, échanger et accepter d'être liés entre eux par un contrat moral ou réel. Selon M. Dadoy³ la complexité de la tâche commune à réaliser et les différenciations individuelles, culturelles et sociales, la rendent paradoxalement nécessaire, mais très compliquée à entreprendre. En France, L'article 51 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire, dite loi HPST, publiée en 2009, définit la coopération entre professionnels de santé comme une démarche ayant « pour objet d'opérer entre [professionnels de santé] des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient ». La notion de transfert signifie que le professionnel qui réalise l'activité est responsable, autonome, compétent et qualifié. Il s'agit d'un dispositif dérogatoire au droit commun, à l'initiative des professionnels de santé, strictement encadré par le législateur. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis par les équipes soignantes à l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la validation de la HAS.

On retrouve, dans cette deuxième définition, les notions présentes dans la première : élaboration commune, engagement d'individus, référentiel d'action (dans ce cas matérialisé par un protocole), but commun.

³ In Volle, G. (2012)

A partir de la littérature, l'analyse des coopérations entre professionnels de santé distingue généralement deux logiques. D'une part, une logique de substitution qui traduit le transfert de tâches antérieurement réalisées par une catégorie de professionnels à une autre catégorie de professionnels, ou à un autre grade de la même catégorie dans l'objectif de pallier un déficit de professionnels ou de réduire les coûts de production de soins. D'autre part une logique de diversification qui permet une extension des services offerts aux patients par le développement ou la reconnaissance de nouvelles compétences chez certaines catégories de professionnels dans l'objectif d'améliorer la qualité de prise en charge et de répondre à un besoin non satisfait (Midy, 2008 ; Bourgeuil, 2010). Les protocoles de coopération, élaborés depuis la mise en œuvre du dispositif, répondent pour certain à la première logique et pour d'autres à la seconde.

L'ARS sont les interlocuteurs directs des professionnels de santé dans l'élaboration d'un protocole. La personne chargée de la mise en place et du suivi du dispositif en agence est ainsi au cœur du dispositif. Interlocutrices directes des professionnels de santé dans l'élaboration de leur projet de coopération et positionnée comme intermédiaire entre ces derniers et la Haute Autorité de Santé⁴ (HAS), mais aussi le collège des financeurs, les ARS sont les pivots du dispositif. Prévues par la loi HPST de 2009 (Art 118), les ARS ont fait leur premier pas dans le même temps que le dispositif de coopération. Créés le 1^{er} avril 2010, ces établissements publics constituent une autorité unique au niveau régional, chargée du pilotage régional du système de santé, pour mieux répondre aux besoins de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé. Sept ans après leurs mises en place, les ARS réalisent le bilan de leurs actions et se réorganisent. C'est le cas notamment des agences impactées par les nouvelles grandes régions. Suite à la loi portant nouvelle organisation territoriale de la République, dite loi NOTRe, les ARS implantées dans les anciennes régions doivent préparer leur fusion. L'ARS Ile de France, si elle n'est pas concernée par cette loi, a bénéficié à la fois d'un changement de direction, entraînant une

⁴ La HAS est une autorité publique indépendante qui a pour but de contribuer à la régulation du système de santé par la qualité et l'efficacité. Ses missions recouvrent le champ de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique. (www.has-sante.fr)

réorganisation interne des services à la suite d'un audit, et du bilan de son projet régional de santé 2013-2017⁵ pour engager une réflexion globale sur ses actions. Réaliser l'évaluation, après cinq ans de mise en œuvre du dispositif de coopération entre professionnels de santé en Ile de France, est donc apparu nécessaire et répond aussi à un objectif de transparence de l'action publique.

Le premier protocole autorisé en Ile de France date de 2011. Depuis on compte, au 1^{er} juin 2016, 34 protocoles autorisés auxquels adhèrent 190 professionnels de santé (médecins, infirmiers, orthoptistes, manipulateurs en électroradiologie). Ainsi il a été confié à un stagiaire la réalisation d'une évaluation de la mise en œuvre du dispositif sur une période de cinq mois, au sein même de l'agence et sous la responsabilité de la personne pilotant le dispositif. Mais nous parlerons bien plus d'un bilan que d'une évaluation puisqu'il ne s'agissait pas de proposer des actions correctrices ou de porter un jugement sur l'intervention, mais bien de décrire l'action réalisée. Le travail avait en partie pour ambition de produire de la connaissance et de comprendre ce qui a été fait et appris notamment par le biais d'entretiens auprès des acteurs impliqués dans le dispositif.

La première partie s'attachera à analyser la mise en œuvre d'une politique de coopération entre professionnels de santé et rendra compte du bilan effectué pour l'ARS Ile de France. Une seconde partie sera consacrée à une analyse réflexive du déroulement du stage et de la mission.

⁵ La loi HPST a confié aux ARS la mission d'élaborer un Projet régional de santé (PRS) pour 5 ans qui doit permettre un pilotage stratégique unifié de la politique régionale et un processus d'élaboration partagé avec l'ensemble des acteurs de la santé.

Partie 1 : Rapport de mission

L'élaboration du bilan du dispositif de coopération en région francilienne a nécessité, dans un premier temps, de remonter le temps pour comprendre la genèse du dispositif et sa raison d'être. Ces recherches ont suscité l'intérêt et la curiosité. Si le bilan réalisé pour l'ARS Ile de France devait répondre à une partie de ces interrogations qui étaient les plus spécifiques et techniques, un questionnement plus global continuait d'animer les différentes recherches entreprises : Ce dispositif est-il amené à être pérenne ?

Né du constat d'une répartition inadéquate de l'offre de soins médicaux sur le territoire, d'une pénurie de médecin, d'un accroissement des besoins de la population en soins de qualité et d'une volonté des professionnels de santé à contribuer au maintien de l'offre de soin, le dispositif de coopération a aussi été pensé pour contourner les textes législatifs existants. En effet, Il s'agit par arrêté, d'autoriser de nouvelles pratiques soignantes jusqu'alors encadrées par des textes rigides sans pour autant l'inscrire dans le droit commun. Ces nouvelles pratiques ne sont ainsi applicables qu'à une minorité de personnes, ayant fait la démarche de s'inscrire dans le dispositif. Quelles ont été les raisons de ce choix ? Quel bilan peut-on tirer à cinq ans de mise en œuvre ? Ce dispositif est-il pérenne ou est-il amené à évoluer ? telles sont les questions qui ont animé l'élaboration de ce mémoire.

Afin d'analyser la politique de coopération mise en œuvre en France au cours des années 2000, la méthode d'analyse séquentielle d'une politique publique, développée par Charles O.Jones a été retenue. Il divise le processus politique en cinq étapes distinctes, se décomposant chacune en un certain nombre d'activités : l'identification du problème, le développement du programme, sa mise en œuvre, son évaluation et enfin sa terminaison.

Ainsi, la première partie s'attachera à revenir sur l'élaboration du dispositif et ses raisons d'être. Dans un second temps, le bilan réalisé à l'ARS Ile de France viendra illustrer les limites et les bénéfices du dispositif. Une dernière partie développera les perspectives d'avenir des coopérations entre professionnels de santé et interrogera la pérennité du dispositif.

1 Genèse du dispositif de coopération

Remonter le temps permet de prendre connaissance des volontés et des enjeux qui ont posé le cadre initial d'une politique publique. Si le travail gouvernemental doit être analysé pour comprendre l'émergence d'un dispositif, l'autorité publique n'agit pas seule. Des administrations, des associations, des institutions, et autres acteurs de la société civile interviennent avec leurs propres logiques et priorités et viennent parfois modifier et infléchir le projet. Ce sont tous ces éléments qu'il importe de retranscrire dans cette première partie, de l'identification du problème au développement du projet, jusqu'à sa mise en œuvre.

La description et l'analyse de la genèse du dispositif reposent sur l'étude d'articles de presse d'époque, retrouvés sur le site de dépêche en ligne apmnews.com, infirmier.com, lequotidiendumedecin.fr ainsi que des revues spécialisées qui apparaissent dans la bibliographie. Les archives des sites internet des ordres professionnels et d'organisations associatives et syndicales ont aussi été étudiées. Les débats parlementaires et les différentes versions de la loi HPST sont disponibles sur les sites de l'Assemblée nationale et du Sénat.

1.1 Identification du problème

Dans un premier temps, il apparaît nécessaire de comprendre le problème qui a été porté à l'attention du gouvernement. Ainsi est-il important d'étudier la perception des événements et leurs définitions en matière de problèmes publics. L'analyse se concentrera d'abord sur les questions de l'émergence du problème puis de son inscription sur l'agenda des politiques.

1.1.1 L'émergence du problème

Le monde de la santé connaît des évolutions fortes depuis plusieurs années. Les progrès fulgurants de la médecine ont conduit à un développement des technologies médicales d'une part et à l'allongement de la durée de vie d'autre part. La technicité croissante a aussi entraîné un morcellement des compétences et une spécialisation accrue des soignants. Ces évolutions ont été rapides et les

pratiques s'en sont trouvées à la fois améliorées et bouleversées, amenant à repenser les champs d'intervention des professionnels de santé, mais surtout à réintroduire l'humain et l'expérience clinique au centre des préoccupations (Fortin et Maynard, 2012).

Les personnes âgées souhaitent aujourd'hui rester le plus longtemps possible à leur domicile et les politiques sociales et médico-sociales se mettent en place en ce sens (rapport Laroque, plan solidarité grand âge, plan national bien vieillir, plan Alzheimer...). Les professionnels de santé et du social sont de plus en plus nombreux à intervenir aux domiciles amenant des problématiques de coordination et de rationalisation de la prise en charge.

A) Les professions de santé : un cadre réglementaire rigide

Si les professionnels de santé ont la volonté d'adapter leur prise en charge aux mutations de la société et d'intégrer les nouvelles technologies à leur pratique, le cadre réglementaire encadrant leur exercice peut s'avérer limitant.

Les professions de santé sont soumises à une réglementation abondante et rigoureuse. La quatrième partie du code de la santé publique leur est consacrée. Ainsi un professionnel de santé ne peut accomplir que les actes pour lesquels sa qualification est établie. Celle-ci est reconnue par un diplôme, lui-même reconnu par l'état et inscrit dans le code de la santé publique. Il crée un monopole d'exercice, rendant illégal et passible de poursuites pénales tout exercice sans diplôme.

Dans le cadre de la médecine, un doctorat délivré par l'université est nécessaire depuis le début du XIXe siècle. En l'imposant, la loi définit la médecine comme un ensemble de connaissances théoriques qu'il convient d'acquérir (Genisson, Milon, 2014). La médecine étant la science appliquée par les médecins au sens large, un médecin exerçant en dehors de sa spécialité ou de sa compétence n'est pas susceptible de sanction pénale. En revanche, il est passible de sanctions déontologiques prononcées par le Conseil de l'ordre des médecins et d'une condamnation civile.

Les Chirurgiens-dentistes et les sages-femmes correspondent aux deux autres professions médicales reconnues. Leurs domaines de compétences sont limités et ne peuvent pas s'étendre à l'ensemble de la médecine excepté en cas d'extrême

urgence comme formulée dans le code de la santé publique (respectivement en fonction des professions aux articles R.4127-205 R.4127-313).

La différence entre les professions médicales et paramédicales réside dans le principe de l'encadrement médical des actes. Les paramédicaux agissent par délégation du médecin, délégation qui est rendue possible par l'article L4161-1 du code de la santé publique sur l'exercice illégal de la médecine. Les auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires sont réglementés par le code de la santé publique (partie IV, livre III). Les auxiliaires sont déontologiquement et réglementairement tenus de n'accomplir que les actes inscrits sur une liste préalable par décret, ceux-ci exerçant par délégation du médecin. Mais celui-ci ne décrit pas avec le même degré de précision le champ d'activité des professions, entraînant une lecture et une interprétation complexe. Seules les personnes titulaires d'un diplôme reconnu par l'état peuvent exercer les professions d'auxiliaires médicaux. Les aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires peuvent, quant à eux, exercer avec un simple titre ou certificat de formation ou d'aptitude.

En 2008, le rapport Bressand mettait en évidence la rigidité de ces décrets. La modification d'un décret reste une démarche complexe ainsi « le rythme de modification des textes, ne correspond pas au rythme des avancées technologiques, ne tient pas compte en temps réel des compétences acquises par l'expérience professionnelle et les formations complémentaires, ni de l'évolution des pratiques professionnelles ». Ainsi les professionnels sont amenés à adapter leurs pratiques quotidiennes sans pour autant les formaliser ou en assurer une traçabilité, sortant ainsi du système réglementaire en risquant de mettre en danger à la fois les patients, les professionnels et les institutions. Le rapport avait alors préconisé de simplifier les procédures de modifications des textes. La HAS avait, elle aussi, proposée l'adaptation des cadres juridiques en vue de développer de nouvelles formes de coopération. La suggestion consistait à sortir du système actuel de définition des professions, organisé autour des décrets d'actes, en privilégiant un système dans lequel les professions seraient définies en fonction de types d'intervention ou de missions, normées par certains critères. Cependant, les organisations représentatives des professions paramédicales se sont opposées à ces mesures lors des concertations préalables à la loi dite « Hôpital Patients Santé Territoires ». En effet, la proposition issue de réflexion interne au

pouvoir public, les organisations représentatives n'ont pas participé à la co-construction de ce nouveau principe, entraînant un rejet majeur. Une concertation préalable aurait peut-être permis une meilleure appropriation de la disposition est acceptabilité des représentants des professionnels de santé.

Le développement des professions paramédicales, au premier rang desquelles les infirmiers et infirmières, a accompagné l'évolution des pratiques médicales et poussé à réexaminer la question de la répartition des compétences entre professionnels de santé (Génisson, Milon, 2014).

B) La démographie des professionnels de santé : optimiser l'accès aux soins

L'effectif de l'ensemble des médecins, libéraux et salariés, n'a cessé de croître, passant de 59065 en 1968 à 209143 en 2009, s'accompagnant également d'une augmentation de leur densité dans la population⁶.

Pourtant, on assiste ces dernières années à un tournant de la démographie médicale, notamment géographique. Les médecins se tournent plus facilement vers un mode d'exercice salarié hospitalier ou collectif, délaissant ainsi l'exercice libéral classique et recourant au temps partiel. Les milieux ruraux voient aussi le ratio de médecins par rapport au nombre d'habitants diminuer et le nombre de zones très sous-cotées augmenter. Ainsi la garantie de l'égal accès à des soins de qualité se retrouve-t-elle confrontée à la problématique de l'évolution sociétale. Le nombre de nouveaux médecins diplômés ne permettrait pas, à court terme, de compenser la forte chute à venir des effectifs de médecins.

Dès lors, des rapports sont commandités par le gouvernement afin de trouver des solutions rapides aux problèmes de la répartition des professionnels de santé et à l'égal accès aux soins de la population.

En décembre 2002, un premier rapport de mission est présenté par le Pr Berland au titre de l'Observatoire national de démographie des professionnels de santé, « démographie des professions de santé ». Il formulait un ensemble de propositions pour répondre aux défis démographiques. Le constat est simple : les projections statistiques font apparaître des risques de pénuries géographiques et

⁶ D'après www.data.dres.sante.gouv.fr

disciplinaires dans les prochaines années. Le chevauchement des activités entre professions de santé ainsi que le développement, au fil du temps, des pratiques, sans pour autant confier ou déléguer à d'autres professionnels celles qui pouvaient l'être, amènent la mission à préconiser une redéfinition des missions et la création de nouveaux métiers.

Si le document n'est pas enrichi d'une bibliographie permettant de comprendre la réflexion qui a conduit à cette proposition, on peut poser l'hypothèse que les rédacteurs ont été influencés par des modèles préexistants à l'étranger.

C) Des expériences internationales émergentes

La pénurie de médecins, le besoin d'améliorer l'accès aux soins et la qualité/continuité des soins ont amené les États-Unis à mettre en œuvre des rôles avancés pour les infirmiers avec l'introduction des infirmières praticiennes depuis le milieu des années 60s. Ces infirmières ont dans la majorité des états, un droit étendu à prescrire, avec ou sans supervision de médecins (Delamare, 2010). Dans la même période et pour des raisons de pénurie de médecins dans les zones rurales et éloignées, le Canada a développé les infirmières praticiennes qui ont une formation complémentaire et de l'expérience. Elles sont ainsi compétentes et autonomes pour diagnostiquer, prescrire et interpréter des tests de diagnostic, prescrire des médicaments et exécuter des procédures spécifiques dans le champ de leur pratique. On retrouve des initiatives similaires dans d'autres pays comme l'Angleterre, l'Australie et l'Irlande.

Ces pays ont franchi le pas de la coopération entre professionnels de santé pour répondre à un constat qui semble proche de celui fait en France au début des années 2000 : une pénurie des professions médicales et une nécessité d'améliorer l'accès aux soins.

1.1.2 L'inscription sur l'agenda politique

Du constat de la pénurie de médecins et de la nécessité de faire évoluer les modes de prise en charge, à la mise en œuvre d'un dispositif de coopération, une étape est nécessaire pour comprendre le choix de cette solution : dans quel

contexte social et comment a été prise la décision de mettre en place ce dispositif ?

A) Les prémices de l'engagement des politiques

Si la pénurie et la répartition inégale des médecins font l'objet de nombre d'articles et dépêches dans divers médias dès le milieu des années 90 (APM du 7/11/1996) « Démographie médicale : davantage de spécialistes et moins de généralistes », la coopération entre professionnels de santé et la question de la démographie médicale sont absentes des discussions politiques et notamment des programmes des candidats à la présidentielle en 2002.

Pourtant en avril 2003, Jean-François Mattei, alors Ministre en charge de la santé à la suite de la réélection de Jacques Chirac en mai 2002, confie une mission au Professeur Yvon Berland sur la redéfinition des contours de certaines professions de santé. Il annonce dans le même temps le lancement d'expérimentation « dans un cadre régional, sur des sites déterminés, pour un temps limité et selon un protocole qui permettra d'évaluer leur efficacité » (in Berland, 2002). C'est sur le prétexte de travailler sur la démographie des professions de santé que le ministre aborde ce sujet.

B) La société civile reste silencieuse

La gouvernance française actuelle permet un grand nombre de formes de participation à la décision, complexifiant le processus d'élaboration d'une politique publique. On ne peut donc pas se limiter à l'étude de deux « cercles » (Figure 1), comme définit par Pierre Muller (2009), qui serait ici celui des administrations sectorielles et du gouvernement, mais d'étendre l'étude à celui des associations, organisations professionnelles, syndicales afin de mesurer l'influence des acteurs de la société civile.

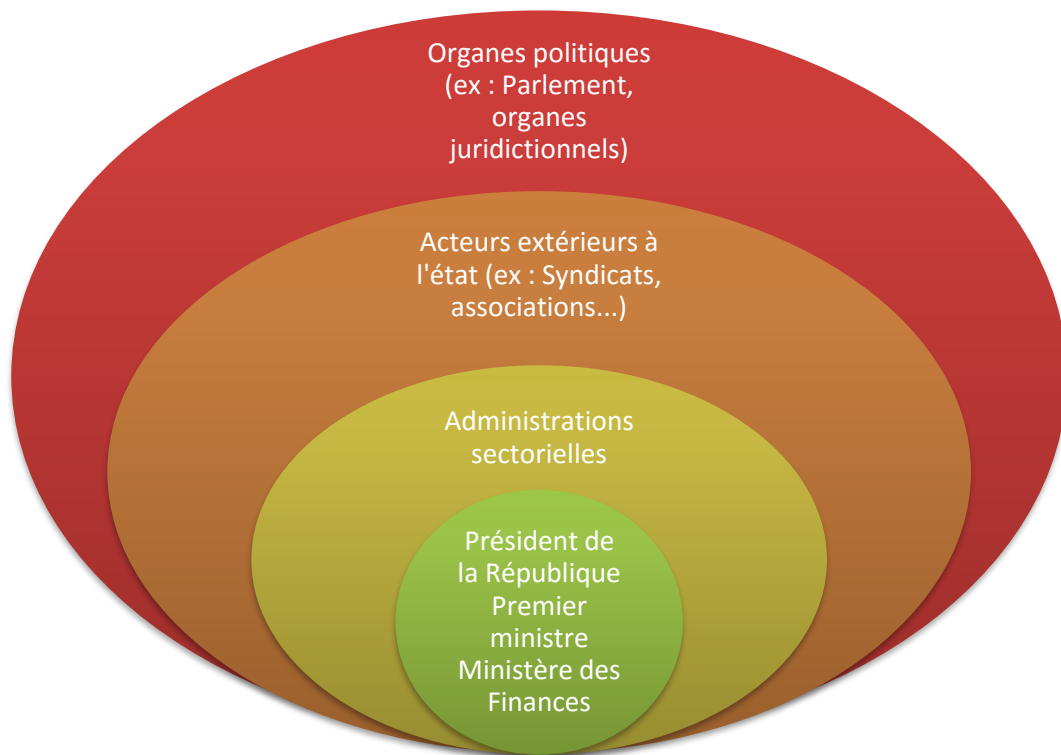


Figure 1 : Représentation du modèle des « cercles » de Pierre Muller

Des groupes, des organisations, des entités collectives diverses, se sont constitués au sein des professions médicales et paramédicales, sur des critères variés comme la diversité des modes d'exercices. Ainsi des syndicats, des associations et sociétés savantes sont amenés à s'exprimer sur divers sujets et à influencer les politiques actuelles.

Les médecins

Au début des années 2000, si les organisations syndicales formulent des propositions pour une répartition plus équitable des médecins sur le territoire, aucune n'évoque les possibles « transferts de tâches » entre professionnels de santé. Il serait difficile d'analyser ce silence sans poser l'hypothèse selon laquelle la division des tâches avec des soignants pourrait être perçue comme une atteinte au monopole médical. En effet, les médecins ont la capacité de contrôler et d'évaluer eux-mêmes l'aspect technique de leur propre travail, contribuant ainsi à l'autonomie de la profession. Cette autonomie conférée aux médecins, résultent d'un long processus historique, leur donne la possibilité de contrôle, qu'elle

impplique (Freidson, 1984). Depuis, les représentants des médecins n'ont de cesse de vouloir écarter toute concurrence et de défendre un monopole du diagnostic et du traitement de la maladie. Cette autonomie d'exercice impose un devoir de contrôle de tous les métiers paramédicaux par la profession médicale, instituant ainsi la médecine comme profession dominante. D'autre part, il y a dans l'exercice médical, des tâches considérées comme moins nobles, qu'elle va déléguer aux paramédicaux (Carricaburu, 2014). Cette grille de lecture permet de comprendre les changements engagés par les protocoles de coopération et les tensions que ceux-ci sous-tendent.

Pourtant, en 2003, l'académie de médecine⁷ tire la sonnette d'alarme : la démographie des ophtalmologistes décroît. Dans un rapport « sur la situation actuelle de la profession d'ophtalmologiste », l'académie propose d'accroître les compétences des orthoptistes étendant ces dernières à la pratique d'actes réservés jusqu'alors aux ophtalmologistes. Dans ce même rapport, on apprend la mise en place d'une expérimentation en Sarthe où les ophtalmologistes commenceront à mettre en place un transfert de compétences à des auxiliaires médicaux (dans le cadre des expérimentations Berland). L'initiative était menée avec l'assurance maladie, le pôle santé de l'École Centrale et le Pr Yvon Berland. En 2005, la proposition est renouvelée, mais elle concerne la médecine générale et vise à améliorer les conditions d'exercice de ceux-ci « des conditions matérielles permettant une délégation de compétences à des auxiliaires paramédicaux [...] ». Le positionnement des médecins sur les coopérations semble « spécialité dépendante » en fonction des enjeux de chacun.

L'ordre des médecins⁸ est resté beaucoup plus réservé sur la coopération. A la parution du premier rapport Berland en 2002, le Pr Langlois, alors président, s'est déclaré à l'APM, « très réservé sur les propositions faites sur les mesures incitatives à l'évolution des métiers ». Par crainte de perdre une part d'autonomie

⁷ L'Académie nationale de médecine est une personne morale de droit public à statut particulier, placée sous la protection du Président de la République. Elle a pour mission de répondre, à titre non lucratif, aux demandes du Gouvernement sur toute question concernant la santé publique et de s'occuper de tous les objets d'étude et de recherche qui peuvent contribuer aux progrès de l'art de guérir. Ses membres sont élus par leurs pairs.

⁸ Organisme de droit privé chargé d'une mission de service public, l'Ordre défend l'honneur et l'indépendance de la profession médicale qu'il représente auprès de l'ensemble de la société française (pouvoirs publics, citoyens...). C'est la seule institution française qui rassemble et fédère l'ensemble des médecins, quel soit leur statut, leur âge, leur mode d'exercice, leur spécialité...

et de contrôle ? L'argumentation de cette position n'est pas détaillée dans les articles retrouvés.

Les autres professions

Michel Krempf, professeur des universités – praticien hospitalier, dans un rapport sur l'évolution du métier de diététicien, proposait, après audition de l'ensemble des acteurs concernés, de redéfinir les missions et les compétences ainsi que d'ouvrir la formation vers des « Masters permettant de définir de nouvelles qualifications, ouvrant en particulier des champs d'action plus médicalisés ». En revanche, on ne retrouve pas de prise de position publique de l'Association des Diététiciens de Langue française. Concernant les autres professions, aucune trace de position allant en ce sens n'a été retrouvée dans les archives des presses spécialisées et sur le web, avant 2008.

1.2 Le Développement du projet

Développer les coopérations entre professionnels de santé est devenu l'un des axes d'action à mettre en place pour le gouvernement de l'époque, à la suite du rapport Berland de 2002. Un dispositif a été élaboré puis légitimé. Ainsi est-il nécessaire d'étudier comment s'est construite la proposition aboutissant au dispositif actuel et le moment de la prise de décision de la mise en œuvre.

1.2.1 L'élaboration de solution

En mars 2003, Jean-François MATTEI, ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, confiait au Pr Berland la mission de « mener une analyse approfondie de l'ensemble des initiatives » concernant la coopération à développer entre les différentes professions de santé. Ce second rapport « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » présentait les pratiques développées dans les pays anglo-saxons et les rares initiatives qui ont été mises en place en France. Par ailleurs, il témoignait de la volonté des acteurs médicaux et paramédicaux d'organiser un transfert de tâches et de compétences, voire de responsabilités. Le rapport s'attachait aussi à faire émerger les possibilités concrètes de collaboration entre

médecins de spécialités différentes, et entre médecins et autres professions de santé (radiologues, orthoptistes, infirmiers, diététiciennes...) concluant sur des propositions et notamment la mise en place d'expérimentations rapides dans des conditions définies. Il est à noter que la volonté des professionnels de santé à s'engager dans des coopérations émanent alors d'équipe ayant déjà pris des initiatives en ce sens. Le rapport ne questionne pas les équipes qui ne souhaitent pas mettre en œuvre de coopération, et les raisons de leur refus. Les auteurs et les commanditaires semblent donc déjà convaincus par la solution.

En réponse à ces propositions, des expérimentations de transferts d'activités ont été encadrées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. C'est l'article 131 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. Les modalités ont été fixées par arrêté. Ainsi, cinq expérimentations ont pu être inscrites dans un premier arrêté d'expérimentation du 13 décembre 2004. Elles ont donné lieu à une évaluation en juin 2006 qui a conclu à « la faisabilité, en toute sécurité pour les patients, de la délégation de tâches dans les domaines et contextes abordés » légitimant ainsi la mise en œuvre de dispositif favorisant la coopération entre professionnels de santé.

Le dispositif s'est donc mis en place progressivement en passant par une phase d'expérimentation.

Zoom sur le principe d'expérimentation législative en France

En France, le concept d'expérimentation législative est relativement récent. En effet, la conception de la loi en France s'est longtemps opposée à ce qu'elle fasse l'objet d'un jugement, d'une évaluation, qui pourrait constituer une sorte de critique (Couzatie-Durand, 2003).

L'expérimentation est ainsi devenue une technique législative par laquelle le législateur s'attache désormais aux effets de la loi qui doit dès lors remplir des objectifs. Il s'agit de donner la possibilité d'essayer avant la généralisation de la norme et donc d'évaluer à priori.

La méthode expérimentale permettrait « d'éviter les échecs retentissants et de réaliser une réforme de façon progressive ».

Le recours à ces expérimentations est de plus en plus courant en ce qui concerne le champ de la santé :

- La loi pour l'enseignement supérieur et la recherche permet d'expérimenter des passerelles dans le cadre des études de santé. Elles sont mises en place sur 6 ans par décret, dans 4 universités ;
- La loi de modernisation de notre système de santé a autorisé l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque (SCMR) en France. Les conditions ont été fixées par arrêté ;
- L'expérimentation de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) a été confiée en 2009 à la CNSA suite au plan Alzheimer 2008-2° 12. 17 territoires étaient alors concernés. Leur déploiement a été généralisé et inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

1.2.2 L'inscription du dispositif dans le droit commun.

En 2008, le gouvernement a organisé des Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS) afin d'apporter des réponses aux inégalités d'accès aux soins sur le territoire notamment concernant le premier recours. L'ensemble des acteurs du système de santé était invité à y participer : patients, élus, professionnels de santé. Lors de son discours de clôture des EGOS, Roselyne Bachelot, alors ministre en charge de la Santé, a conclu sur « l'opportunité d'un transfert maîtrisé de l'activité du médecin vers ses partenaires ».

Le 18 septembre 2008, Nicolas Sarkozy, en déplacement à Bletterans (Jura) a déclaré que « pour répondre aux attentes des Français, la coopération entre les professionnels de santé est indispensable [...]. Les infirmiers peuvent assurer toute une série d'actes qui surchargent les médecins. Je pense au suivi de routine pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Et tout le monde sera gagnant : le médecin, qui pourra se recentrer sur l'acte qualifié ; l'infirmier qui pourra mieux prendre en charge le patient. La coopération est un gage de qualité des soins pour tous. » Il annonçait ainsi la fin des expérimentations et donc la généralisation du dispositif de coopération à travers la loi HPST.

Présenté en Conseil des ministres le 22 octobre 2008 par Mme Bachelot, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, le texte définitif du projet de loi a été adopté le 24 juin 2009 au parlement.

Entre la première version du projet de loi voté à l'Assemblée nationale en première lecture et le texte définitif, on relève des modifications apportées par les élus ou le gouvernement au cours de l'étude du texte (Tableau 1). Si certaines modifications se limitent à une clarification rédactionnelle ou à des changements de terme juridique, d'autres éclairent sur le sens et l'importance donnée à certains éléments de l'article.

En évoquant, dès la première phrase de l'alinéa premier, le terme « à l'initiative » et en confiant à l'ARS la vérification de la volonté de tous les acteurs de participer à un protocole de coopération à l'alinéa dix, le législateur met l'accent sur la notion de « volontariat » et d'une prise d'initiative du, ou des, professionnel(s) de santé vers les institutions. La commission des affaires sociales du sénat, à l'initiative de cette modification, souhaitait préciser que l'adhésion d'un professionnel à un protocole doit reposer sur la volonté de l'ensemble des parties de collaborer et ne pourra pas être imposée par l'ARS. L'action est donc ascendante et non descendante. Il ne s'agit pas d'imposer la mise en œuvre d'une politique, mais d'encourager et de développer une dynamique venant du terrain.

Les politiques de santé mettant l'accent ces dernières années sur la participation et l'implication des usagers dans leur prise en charge, un alinéa a été ajouté par le sénateur Juilhard en commission, pour prévoir l'information du patient sur sa prise en charge dans le cadre d'une coopération (alinéa 2).

Le souhait a aussi été fait de renforcer la dynamique créée par les coopérations en prévoyant que les protocoles généralisés par la HAS seront intégrés au dispositif de formation initiale et continue des professionnels de santé concernés (alinéa 8).

Tableau 1 : Tableau comparatif de la rédaction initiale et définitive de l'article concernant la coopération entre professionnels de santé issue de la loi HPST

	Article 17 adopté en première lecture à l'Assemblée Nationale□	Article 51 de loi HPST
Alinéa 1	Art. L. 4011-1. - Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1, les professionnels de santé peuvent s'engager 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.	Art.L. 4011-1.-Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative [ajout] , 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.
Alinéa 2		[Ajout] « 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.
Alinéa 3	« Art. L. 4011-2. - Les professionnels de santé, à leur initiative , soumettent à l'Agence Régionale de Santé des protocoles de coopération. L'agence soumet à la Haute Autorité de Santé les protocoles qui répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional et qu'elle a attestés.	« Art.L. 4011-2.-Les professionnels de santé soumettent à l'Agence Régionale de Santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de santé.
Alinéa 4	« Ces protocoles précisent 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.	« Ces protocoles précisent 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.
Alinéa 5	« Ces protocoles précisent 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.	« Ces protocoles précisent 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.

<p>Alinéa 6</p>	<p>« Le directeur de l'Agence Régionale de Santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de Santé.</p>	<p>« Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de Santé.</p>
<p>Alinéa 7</p>	<p>« La Haute Autorité de Santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de Santé de sa décision.</p>	<p>« La Haute Autorité de Santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de Santé de sa décision.</p>
<p>Alinéa 8</p>		<p>[Ajout] « Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.</p>
<p>Alinéa 9</p>	<p>« Art. L. 4011-3. - Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer, sans frais, leur demande d'adhésion auprès de l'agence régionale de santé.</p>	<p>« Art.L. 4011-3.-Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer, sans frais, leur demande d'adhésion auprès de l'agence régionale de santé.</p>
<p>Alinéa 10</p>	<p>« L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni les éléments pertinents relatifs à son expérience acquise dans le domaine considéré et à sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation.</p>	<p>« L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que [Ajout] la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation.</p>
<p>Alinéa 11</p>	<p>« Les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'Agence Régionale de Santé et à la Haute Autorité de Santé.</p>	<p>« Les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'Agence Régionale de Santé et à la Haute Autorité de Santé.</p>
<p>Alinéa 12</p>	<p>« L'Agence Régionale de Santé peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, selon des modalités définies par arrêté. Elle en informe les professionnels de santé concernés et la Haute Autorité de Santé. »</p>	<p>« L'Agence Régionale de Santé peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, [Ajout] pour des motifs et selon des modalités définies par arrêté. Elle en informe les professionnels de santé concernés et la Haute Autorité de Santé.</p>

L'arrêté détaillant les modalités pratiques de mise en place de la coopération entre professionnels de santé est paru au journal officiel le 15 janvier 2010⁹.

Le jour même de la parution de l'arrêté, les ordres des professions de santé l'ont désapprouvée. Regroupés au sein du comité de liaison des institutions ordinales du secteur de la santé (Clio santé), les ordres des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues ont exprimé leurs inquiétudes à travers un communiqué de presse commun. Les protocoles ne comporteraient, pour eux, « aucune garantie sur les qualifications et les compétences des professionnels impliqués, ainsi que sur la régularité et les modalités de leur exercice » (APM MHNAF004). Ils regrettaient aussi l'absence de consultation des instances ordinales quant au respect des règles déontologiques des professions impliquées. Les ordres ont ainsi déposé un recours gracieux le 15 mars 2010 (APM MHNCN003).

Le 23 mars 2010, c'est la Fédération nationale des infirmiers (FNI) qui décide de déposer un recours en Conseil d'État contre l'arrêté pour « excès de pouvoir ». Le syndicat demandait l'annulation de l'arrêté pour « vices de légalités externes et internes » et déplorait que l'arrêté « substitue une vague notion d'expérience attestée par un autre professionnel ou entité non identifiée à la notion de compétence contrôlée par l'Ordre ».

Le 17 mai, le ministère de la Santé signifiait aux ordres professionnels qu'il n'y aurait aucune modification de l'arrêté (APM VGNF7002) rappelant que les instances ordinales peuvent être consultées par le directeur général de l'ARS afin d'obtenir des informations individuelles complémentaires portant sur la situation déontologique et disciplinaire d'un professionnel de santé ainsi que sur son expérience et sa formation.

Fin juillet, c'est au tour du Collectif inter associatif sur la santé (Ciss) d'annoncer le dépôt d'un recours devant le Conseil d'État contre l'arrêté déplorant « le défaut de procédure de suivi des protocoles dans lesquels s'engageraient des professionnels » (APM MHNGR003).

Le Conseil d'État a rendu un avis le 20 mars 2013 suite à la requête de la FNI. Seuls ont été annulés le modèle type de protocole et la transmission obligatoire

⁹ Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé.

par le directeur général de l'ARS des protocoles autorisés à l'instance régionale ou interrégionale de l'ordre et à l'union des professions de santé (URPS) concernées, sur le principe qu'aucune disposition législative ou réglementaire n'habilite le ministre chargé de la santé, lui-même, à imposer ces éléments.

Des réticences des corps intermédiaires se sont ainsi exprimées après l'inscription du dispositif dans le droit commun. On peut alors s'interroger sur les raisons de ces réticences à posteriori. Est-ce dû à un manque de concertation des organisations lors de l'élaboration de la politique publique ? Ou à un manque de participation et d'anticipation des corps intermédiaires à la construction du dispositif ? Enfin, ces organisations ont-elles rendu plus complexe la mise en œuvre de ce dispositif ? Répondre à ces interrogations demanderait une étude plus approfondie de l'analyse de l'action des syndicats, associations et ordres professionnels.

1.2.3 L'émergence du concept de pratique avancée en France

Le concept de pratique avancée, tel que défini par le CII, infuse progressivement la profession d'infirmier au cours des années 2000 qui se l'approprie. Cette pratique avancée semble plus globale dans sa conception que le dispositif de coopération. En effet, elle intègre à la fois la pratique, la recherche, la formation et l'organisation. Elle implique un haut degré d'autonomie professionnelle et requière des compétences élargies dans le domaine de l'évaluation clinique, du raisonnement diagnostique et de l'application du jugement clinique. Ainsi pour Ann Hamric, Professeur en sciences infirmières aux Etats Unis, pour devenir infirmier en pratique avancée, il faut avoir suivi une formation de niveau d'étude supérieure, être certifié dans la spécialité, et avoir une pratique axée sur la clinique avec des patients. Elle définit six compétences de base : le coaching, la consultation ; la recherche, le leadership professionnel et clinique, la collaboration, la prise de décision éthique. A la différence du dispositif de coopération, il s'agirait donc d'avoir des formations universitaires diplômantes ce qui n'est pas forcément le cas dans le cadre d'un exercice lié à un protocole de coopération.

Il faudra attendre 2011 et un nouveau rapport¹⁰ du Professeur Berland pour voir se dessiner les prémices de ce que pourrait être la pratique avancée en France. Depuis, la revendication de sa création se fait de plus en plus forte au sein d'une partie de la communauté infirmière, représentée notamment par l'Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés et étudiants (ANFIIDE). La création de master en sciences cliniques infirmières à l'Université Versailles Saint Quentin et à l'Université Aix-Marseille en collaboration, avant 2015 avec l'Ecole des hautes études en santé publique a aussi contribué à cet essor.

Le dispositif de coopération a-t-il permis l'émergence de ces réflexions ? Ou au contraire sera-t-il un frein dans la mise en œuvre à long terme de la pratique avancée ?

1.3 Mise en œuvre du dispositif

Le dispositif inscrit dans la loi, sa mise en œuvre suppose l'organisation des moyens à disposition pour y parvenir et son application sur le terrain.

1.3.1 Organisation et moyens de mise en œuvre

La généralisation des expérimentations entamée en 2004, s'est ainsi faite par l'inscription dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) à l'« article 51 » des coopérations entre professionnels de santé. Elles se mettent en place à l'initiative de ces derniers et permettent un transfert d'activités, d'actes ou une réorganisation des modes d'intervention auprès des patients. L'une des singularités de ce dispositif est d'être fondée sur une démarche de répartition des activités en fonction des besoins « locaux » et de la volonté de personnes à collaborer en assumant de nouvelles responsabilités. La généralisation pourrait être envisagée dans un second temps.

Seuls les professionnels de santé mentionnés au code de la santé publique sont concernés.

¹⁰ Berland, Y. Cadet, D. Hénart, L. *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire*. Ministère en charge de la santé, Paris, 2011, 57p.

Le législateur, en créant le dispositif de coopération, permet, aux professionnels de santé de faire évoluer les lignes de partage d'activités entre eux, dans un cadre sécurisé juridiquement. Ainsi ils peuvent, à leur initiative, opérer des transferts d'activités, d'actes de soins ou réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient.

Les enjeux de ce dispositif sont :

- L'optimisation de la prise en charge et du parcours de soins des patients ;
- L'évolution de l'exercice professionnel et extension du champ d'intervention des professions paramédicales ;
- L'optimisation du temps des professionnels de santé.

Deux étapes réglementaires sont distinguées dans la démarche de coopération (Figure 2 et 3) :

- L'élaboration d'un protocole de coopération par des professionnels de santé
- L'adhésion des professionnels de santé à un protocole de coopération autorisé par l'ARS

Ainsi, plusieurs entités interviennent dans le dispositif. Les professionnels de santé, à l'initiative du projet, rédigent la lettre d'intention précisant l'objet et la nature de la coopération puis le protocole de coopération. Dans un second temps, ils mettent en œuvre le dispositif après y avoir adhéré et réalisent l'évaluation chaque année.

L'ARS est chargée de vérifier la recevabilité de la demande, d'abord dans la lettre d'intention puis dans le protocole : si les activités sont bien dérogatoires, répondent à un besoin de santé, concernent des professionnels de santé tels que mentionnés dans le code de santé publique. L'Agence autorise le protocole dès lors que l'avis conforme de la HAS est favorable. Elle procède à l'enregistrement des professionnels adhérant à un protocole de coopération (délégué(s) et délégant(s)) et assure le suivi des évaluations après la mise en œuvre du protocole. Enfin, elle met fin à un protocole dans le cas où la sécurité ne serait pas assurée (événements indésirables).

La HAS s'assure de la qualité et de la sécurité des soins relatives à la mise en œuvre des activités dérogatoires et donne un avis conforme pour chaque protocole. Pour se faire, elle sollicite l'expertise d'experts des spécialités médicales concernés et d'organisations représentatives des professions (collèges, ordres, sociétés savantes...) L'avis, rendu par le collège de la HAS, peut être

favorable, favorable avec des réserves devant être levées par l'ARS avant l'autorisation du protocole, défavorable ;

Le Collège des financeurs se prononce, quant à lui, sur les modèles économiques des protocoles.

Figure 2 - Processus de la conception à l'autorisation du protocole de coopération entre professionnels de santé. Source : ARS Ile de France, 2016

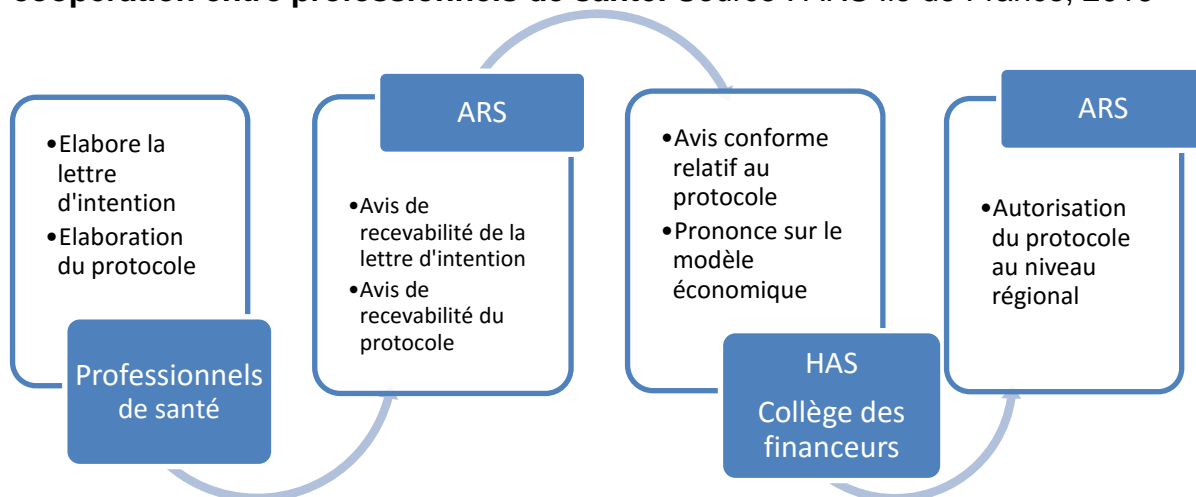
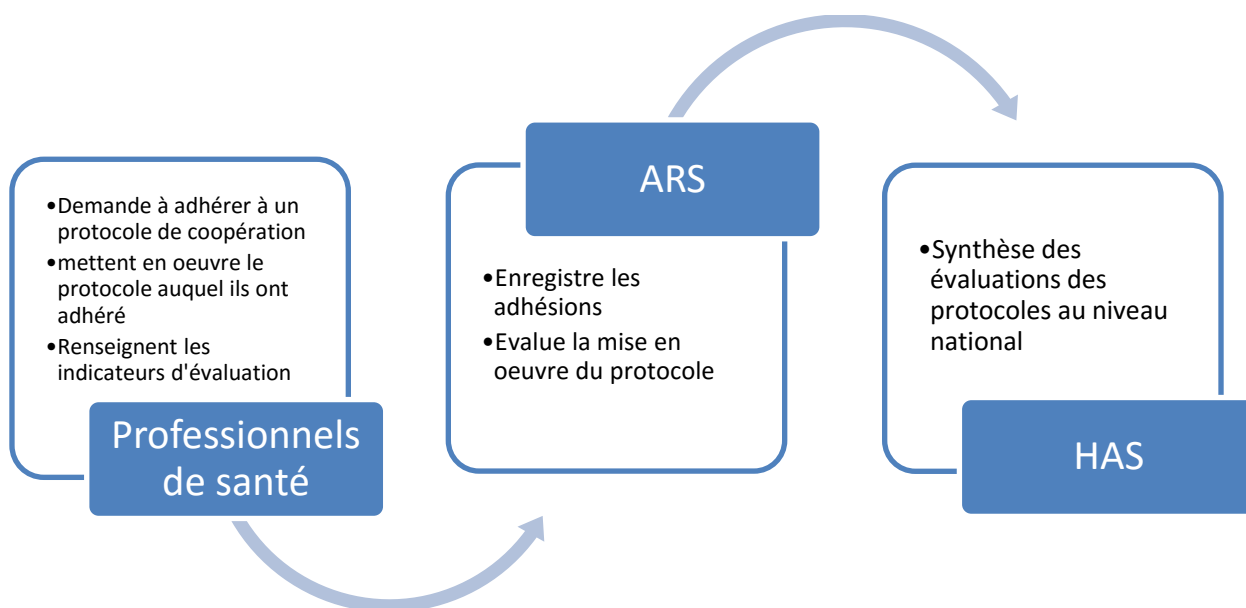


Figure 3 - Processus de l'enregistrement de l'adhésion à l'évaluation du protocole de coopération entre professionnels de santé. Source : ARS Ile de France, 2016.



Au niveau étatique, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) assure un suivi juridique, et la maintenance des systèmes d'information. La direction de la sécurité sociale (DSS), quant à elle, est compétente en matière de financement puisqu'elle est la tutelle de l'assurance maladie.

Un système d'information commun en ligne a été créé par la DGOS pour faciliter les échanges entre les partis prenants. Cette plateforme permet de déposer et télécharger des documents utiles, de consulter les protocoles de coopération autorisés ou en cours d'instruction dans une région, mais aussi d'extraire des données régionales ou nationales sur le dispositif (nombre d'adhérents, nombre de protocoles...)

→ <https://coopps.ars.sante.fr>

La HAS a publié un guide méthodologique pour expliciter la démarche étape par étape, des fiches pratiques concernant des sujets clés (information du patient, formation des professionnels concernés, gestion des risques et indicateurs) ainsi qu'une grille d'évaluation permettant d'évaluer un protocole élaboré. Des modèles types de protocole de coopération et de lettre d'information sont aussi disponibles.

De leur côté, les ARS mettent en place des outils propres à leur fonctionnement pour accompagner les équipes engagées dans l'élaboration ou la mise en œuvre d'un protocole de coopération.

1.3.2 L'application sur le terrain : le cas de la région Ile de France

La mise en œuvre du dispositif a débuté dès la parution des textes d'application. En Ile-de-France, le premier protocole est parvenu à l'ARS en janvier 2011. Au 1^{er} juin 2016, on compte 37 protocoles de coopération (Annexe 4) et 29 lettres d'intention parvenues à l'ARS depuis le début du dispositif (Tableau 1). 34 protocoles de coopération sont autorisés en Ile de France à ce jour (Tableau 2). 12 sont issus de la région et 22 proviennent d'autres régions.

L'instruction des dossiers et leur suivi sont réalisés par le pôle « ressources humaines en santé » au sein de la DOSSMS. Le nombre de demandes étant en

augmentation depuis 2009, une chargée de projet est dédiée à 80 % sur cette mission, appuyée par une assistante projet. D'autres services de l'ARS interviennent ponctuellement dans la gestion du dispositif. C'est le cas du service des affaires juridiques qui est consulté pour des avis réglementaires et les référents thématiques (traitement du cancer, parcours de santé de la personne âgée, santé mentale...) sont impliqués dans les protocoles concernant leur secteur d'activité. Les délégations départementales peuvent être mobilisées dans certains cas : comme premier interlocuteur dans le cas d'un projet de coopération ou dans le cadre d'adhésion à un protocole autorisé. L'agence est aussi en contact avec les référents du dispositif des autres régions afin de pouvoir échanger et mutualiser des informations.

L'ARS a largement communiqué sur le dispositif lors d'événements, nationaux et internationaux réunissant des professionnels de santé et des cadres administratifs hospitaliers, mais aussi par la rédaction d'articles publiés dans des revues spécialisées afin de faire connaître et de promouvoir les coopérations entre professionnels de santé.

Au centre du dispositif de coopération, l'ARS est l'interlocuteur des professionnels de santé, dans la conduite de leurs projets d'élaboration de protocole ou d'adhésion à l'un d'eux, mais aussi de la HAS et du collège des financeurs dans l'instruction des protocoles. Tout au long des procédures de réalisation d'un protocole ou d'adhésion, l'ARS accompagne les équipes et délivre un appui technique, aussi bien dans la rédaction et le renseignement des différents documents que dans l'utilisation des différents outils comme le site « coopps ». À ces fins, un modèle type de tableau servant à la rédaction du protocole a été réalisé ainsi qu'un document récapitulant les modalités pratiques pour la démarche d'adhésion. De même, l'ARS a créé des maquettes permettant de formaliser des modèles économiques spécifiques au protocole. Des échanges réguliers ont lieu avec les professionnels de santé engagés dans le dispositif et un suivi de l'avancée des démarches est effectué auprès de la HAS et du collège des financeurs.

L'Agence s'est impliquée dans les travaux, dirigés par la DGOS, de conception de l'application Coop-PS destinée à la gestion du dispositif. Elle est impliquée dans les travaux devant mener à l'évolution et l'amélioration de l'application.

Suite à la mise en place du Collège des financeurs, l'ARS Ile-de-France a fait des propositions de modèles économiques pour financer les actes effectués dans le cadre du protocole de coopération.

1.4 L'évaluation du dispositif

Après la mise en œuvre d'un nouveau dispositif, il est courant que celui-ci fasse l'objet d'une évaluation. Il s'agit ainsi d'apprécier les effets compris comme étant ceux dus à l'action du gouvernement. On relève deux rapports majeurs, visant à évaluer et émettre des propositions d'amélioration du dispositif : un rapport sénatorial et un rapport de la HAS.

En janvier 2014, un rapport d'information du sénat dont les rapporteurs étaient Mme Catherine Génisson et M. Alain Milon, émettait un certain nombre de propositions afin d'améliorer le dispositif.

Ainsi, il recommandait de simplifier le cadre juridique en élaborant un cahier des charges pour faciliter l'élaboration des protocoles, en positionnant la DGOS comme appui technique aux ARS, en simplifiant le mécanisme de financement et en envisageant l'autorisation de coopération au sein d'une équipe et non dépendamment de chaque personne qui la compose. La seconde proposition consistait à développer une prise en charge graduée des patients, en améliorant la continuité de la hiérarchie des professions de santé, en développant les évolutions de carrière soignante, en créant des professions intermédiaires de santé, en définissant les pratiques avancées, confiait un exercice par mission et non par décret d'actes, aux professionnels en pratique avancée. Enfin, ils préconisaient de repenser la formation des professionnels de santé et d'engager une réflexion sur le statut des professionnels de santé.

La HAS a publié en novembre 2015, son bilan du dispositif et l'évaluation 2014. Si elle réalise un rapport d'activité annuel, concernant les coopérations, depuis 2013, c'est la première fois qu'une partie évaluative y est incluse. Au niveau national, 91 protocoles ont été proposés à la HAS, par 21 régions. 38 avis favorables ont été prononcés par son collège. Au total, on compte 76 mises en œuvre de protocole sur l'ensemble des régions (un protocole pouvant être autorisé dans différentes régions).

L'évaluation 2014 s'est limitée à l'étude des protocoles mis en place depuis au moins 1 an. 13 protocoles différents répondaient à ces critères, dont 5 étaient mis en place dans plusieurs régions. La HAS les classe en trois thématiques : prise en charge de pathologies chroniques, échographie et ophtalmologie.

La HAS met ainsi en évidence que le dispositif a permis de légaliser d'anciennes pratiques, de structurer la coordination interprofessionnelle, de repérer les critères d'une appropriation par les professionnels, d'intégrer l'évolution de nouvelles techniques, non prévues au décret d'acte.

Cependant, elle observe que le dispositif reste lourd et chronophage, ne permettant pas aux professionnels une appropriation aisée :

- Les protocoles en médecine de ville ne sont pas financés excepté le protocole ASALEE et le bilan visuel par un orthoptiste ;
- Les délais d'instruction dépassent celui imposé par l'arrêté du 31 décembre 2009 fixé à 2 mois ;
- Des points d'attention sont relevés concernant les conditions d'exercice et la formation des professionnels ;
- L'évolution ou la modification des décrets d'actes devrait répondre à l'évolution des techniques de soin.

Ces deux rapports mettent en évidence des points communs qui se rapportent d'une au cadre réglementaire et aux statuts et d'autre part à l'évolution des professions de santé. Concernant le cadre réglementaire, deux principales difficultés sont relevées : la lourdeur des démarches à effectuer et la difficulté de financement. Le statut des professions de santé pose la question de leur possibilité d'évolution de carrière, de leur formation et de leur condition d'exercice. Les rapports étant effectués par des entités nationales, devant donc avoir une vision globale du dispositif, il est intéressant de zoomer sur un territoire pour comprendre les problématiques concrètes qui sont rencontrées.

2 Le bilan réalisé à l'ARS Ile de France

L'ARS Ile de France souhaitait évaluer quantitativement et/ou qualitativement les principaux aspects de la mise en œuvre et les incidences induites par la coopération. Les questions évaluatives étaient les suivantes ;

- Quels sont les résultats relatifs à la mise en œuvre et au déploiement des protocoles de coopérations ?
- Quelles sont les limites, les difficultés, les intérêts et opportunités d'ordres divers liés au dispositif lui-même et aux effets induits ?
- Comment s'articulent la gouvernance du dispositif et les collaborations entre institutions concernées (ARS, HAS, ministère...) ?

À travers une méthode et des matériaux validés en début de stage, il s'agit de répondre dans un premier temps aux résultats perçus par les différents acteurs concernant la mise en place des coopérations. Dans un second temps, d'identifier les limites et les intérêts du dispositif et enfin d'analyser la gouvernance du dispositif et l'articulation entre les différents acteurs.

2.1 Matériels et méthodes

L'évaluation du protocole s'est faite en deux temps : une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-directifs et une étude quantitative à partir de données disponibles à l'ARS venant appuyer ou compléter les données qualitatives. Ainsi s'agit-il d'une étude mixte.

2.1.1 Étude qualitative

La population des personnes étudiées pour l'étude qualitative se répartit en deux groupes :

- Les personnes susceptibles de mettre en œuvre le dispositif
- les personnes gestionnaires du dispositif.

Le premier groupe est composé de professionnels de santé médicaux ou paramédicaux. Il peut être divisé en trois sous-groupes :

- *Sous groupe 1* : Les professionnels de santé en Ile de France, adhérents à un protocole de santé et étant à l'initiative de l'élaboration de celui-ci. Pour être inclus dans l'étude, ils devaient être adhérents depuis au moins 6 mois. Ainsi cinq

équipes sur sept, entrant dans cette catégorie, ont été retenues. Pour chacune de ces équipes, un médecin déléguant et un professionnel de santé délégué étaient systématiquement inclus dans l'étude. Le choix de ces professionnels s'est fait de manière aléatoire, excepté lorsqu'un seul délégué et/ou un seul déléguant était adhérent au protocole, ce qui était le cas pour deux déléguants et deux délégués de la même équipe. Lorsqu'il y avait plusieurs délégués ou déléguants, la disponibilité des coordonnées mails et téléphoniques sur le fichier d'adhésion au protocole, était le premier critère de sélection. Si, plusieurs délégués ou déléguants répondaient à ce critère, la fiche était alors tirée au sort parmi les autres.

– *Sous-groupe 2* : Les professionnels de santé en Ile de France, adhérents à un protocole de santé déjà existant. Pour être inclus dans l'étude, ils devaient aussi être adhérents depuis au moins 6 mois. Trois équipes sur vingt-et-une, entrant dans cette catégorie, ont été retenues sur avis de la conseillère technique de l'ARS. Pour chacune de ces équipes, un médecin déléguant et un professionnel de santé délégué étaient systématiquement inclus dans l'étude. Le choix de ces professionnels s'est fait de manière aléatoire, excepté lorsqu'un seul délégué et/ou un seul déléguant était adhérent au protocole, ce qui était le cas pour un délégué. De même que pour le sous-groupe 1, lorsqu'il y avait plusieurs délégués ou déléguants, la disponibilité des coordonnées mails et téléphoniques sur le fichier d'adhésion au protocole, était un critère de sélection. Si, plusieurs délégués ou déléguants répondaient à ce critère, la fiche était alors tirée au sort parmi les autres.

– *Sous-groupe 3* : Les professionnels de santé en Ile de France qui ont commencé les démarches d'élaboration d'un protocole de coopération, mais ayant abandonné. Les trois seuls protocoles, déclarés comme abandonnés à l'époque de l'étude ont été inclus. C'est à dire, lorsque l'ARS avait été notifiée par l'équipe de leur retrait du projet. Les trois personnes référentes du projet pour l'ARS ont été incluses à l'étude.

L'objectif commun à la constitution de ce groupe était d'identifier les motivations, les raisons qui ont amené les équipes à s'engager dans le dispositif. Dans un second temps, il s'agissait de comprendre quelles ont été les démarches qu'ils ont effectuées, les éléments facilitateurs ou freinants dans l'élaboration du protocole pour les sous-groupes 1 et 3 et dans les démarches d'adhésion pour les sous-

groupes 1 et 2. L'objectif spécifique du troisième sous-groupe était de connaître les raisons de l'abandon et ce qui aurait pu être mis en place pour l'éviter. Enfin, les deux derniers objectifs avaient pour but d'interroger les pistes d'amélioration identifiées par les professionnels et de connaître leurs appréciations vis-à-vis du dispositif, les améliorations perçues et réelles si le protocole a été mis en place et les stratégies de contournement mises en place s'il n'a pas abouti.

Les personnes étaient sollicitées directement par mail avec demande d'en informer leur responsable hiérarchique si nécessaire. Les trois personnes identifiées dans le troisième sous-groupe n'ont pas répondu aux différentes sollicitations. Cela peut être dû à des coordonnées périmées ou des mutations d'emploi non connues. Dans le deuxième sous-groupe, seul un délégué n'a pas répondu à nos sollicitations. Les personnes n'ayant pas répondu à nos sollicitations ou n'ayant pas proposé une autre personne pour les remplacer n'ont pas été incluses à l'étude. Ainsi quatre personnes sur les 31 contactées ont été exclues.

Enfin dans le premier sous-groupe on peut noter deux biais importants. Le premier concerne l'un des délégués contactés qui a renvoyé la demande à un de ses collègues habitués à répondre aux sollicitations qui concernent la coopération. On peut alors supposer que cette personne a un discours préconçu et est déjà convaincu par le dispositif. Le deuxième biais concerne l'une des délégués contactés dont le cadre de santé supérieur a souhaité que l'entretien se déroule dans une pièce à côté de son bureau et que les deux délégués du protocole soient interrogés, dans un contexte de tension palpable entre l'équipe et ses cadres. On peut alors s'interroger sur la mise en confiance et la libération de la parole lors de l'entretien. Les deux entretiens ont été pris en compte dans l'analyse.

Deux médecins rencontrés n'étaient pas les personnes contactées initialement (l'un du sous-groupe 1, l'autre du sous-groupe 2). Dans la première situation, le médecin contacté avait quitté le service et sa dé-adhésion n'avait pas été réalisée. Dans l'autre cas, le médecin était adhérent, mais ne participait pas concrètement au dispositif. Les deux médecins vers qui nous avons été redirigés, étaient considérés comme des « référents » du dispositif pour l'ensemble de l'équipe, mais n'étaient pas adhérents officiellement pour l'ARS, alors même qu'ils déléguaient une part de leur activité aux professionnels de santé délégués. Suite à cette prise de contact, la situation devait être régularisée. Le choix a été fait de les

prendre en compte comme des personnes délégantes dans le tableau ci-dessous, en considérant qu'ils mettaient en place la délégation depuis 6 mois à 1 an.

Tableau 4 : Personnes contactées pour l'étude et personnes incluses à l'étude :

	Nombre d'équipes répondant aux critères au 1 ^{er} avril	Nombre d'équipes retenues	Nombre d'individus contactés	Nombre de personnes incluses (= entretiens réalisés)	Mouvement
Sous groupe 1	7	5	10	11	+ 1 délégué 2 C*
Sous groupe 2	21	3	6	5	- 1 délégué 1 C*
Sous groupe 3	3	3	3	0	- 3
Total	31	11	19	16	

*C = Changement de personne suite à la prise de contact

Ainsi 16 entretiens sur les 31 prévus (Tableau 4) ont été réalisés pour ce groupe (Tableau 5).

Tableau 5 : Groupe des personnes mettant en œuvre le dispositif (n = 16)		
	n	%
Sexe :		
- Femmes	11	68,75
- Hommes	5	31,25
Statut :		
- Délégués	9	56,25
- Délégués	7	43,75
Fonctions :		
- Infirmiers	8	50
- Manipulateurs en électro radiologie	1	6,25
- Médecins	7	43,75
Lieu d'exercice		

- Assistance publique des hôpitaux de Paris	9	56,25
- Centres municipaux de santé, Centres de dépistage...	4	25
- Associations à but non lucratif	2	12,5
- Structure privée	1	6,25
Appartenance aux sous-groupes		
- Sous groupe 1 : Adhésion à un protocole dont ils sont à l'initiative	11	68,75
– <i>délégants</i>	5	31,25
– <i>délégués</i>	6	37,5
– <i>Mettant en œuvre un protocole de coopération depuis 6 mois à 1 an</i>	3	18,25
- <i>Mettant en œuvre un protocole de coopération depuis un an à 2 ans</i>	7	43,75
- <i>Mettant en œuvre un protocole de coopération depuis plus de 2 ans</i>	1	6,25
- Sous-groupe 2 : adhésion à un protocole existant	5	31,25
– <i>délégants</i>	2	12,5
– <i>délégués</i>	3	18,75
– <i>Mettant en œuvre un protocole de coopération depuis 6 mois à 1 an</i>	4	25
- <i>Mettant en œuvre un protocole de coopération depuis un an à 2 ans</i>	0	0
- <i>Mettant en œuvre un protocole de coopération depuis plus de 2 ans</i>	1	6,25
- Sous groupe 3 : élaboration d'un protocole, mais abandon avant son autorisation	0	0

Le second groupe correspond aux gestionnaires du dispositif. On entend par gestionnaire, les personnes impliquées à des niveaux politiques ou techniques du dispositif. Dans l'objectif de rencontrer les principales parties prenantes du

dispositif, des entretiens ont été réalisés avec : la HAS, la DGOS, des ARS autres que l'Ile de France, des directeurs des soins en établissement de santé.

Ainsi, une personne de la HAS et de la DGOS a été rencontrée. Il s'agissait ainsi de comprendre les logiques d'interaction entre les différents acteurs, d'appréhender les freins et les éléments facilitateurs identifiés et de connaître leurs idées quant à l'amélioration du dispositif. Trois entretiens ont été réalisés avec des personnes gestionnaires du dispositif dans trois ARS différentes afin d'avoir une ouverture sur la gestion du dispositif hors région Ile de France. Enfin, deux directrices des soins et une cadre supérieure de santé, exerçant dans des établissements de santé publique et accompagnant les professionnels de santé dans les démarches, ont été interrogées. L'objectif était d'avoir leurs appréciations sur le dispositif et d'appréhender les stratégies mises en place ou non pour accompagner les équipes.

Ainsi 8 entretiens ont été réalisés au sein de ce second groupe. Toutefois, il aurait pu être envisagé des entretiens avec la direction de la sécurité sociale dans les partenaires institutionnelles puisqu'elle joue un rôle dans le financement du dispositif ainsi que des managers d'autres structures que les établissements de santé publique (privée, privée à but non lucratif) afin d'élargir la vision.

Au total, vingt-quatre entretiens semi-directifs (Tableau 6) ont ainsi été réalisés sur la période du 25 mars au 17 mai. Ils ont duré en moyenne 33 minutes et se sont déroulés physiquement lorsque cela était possible pour la personne interrogée (19 entretiens) ou par téléphone (5 entretiens). Un guide d'entretien (Annexe 2) avait été élaboré, adaptable en fonction de chaque groupe et sous-groupe et validé par la tutrice du stage. Les entretiens ont été enregistrés, avec accords des personnes concernées. Le contenu des échanges a été mis par écrit sous forme de compte rendu et non retranscrit entièrement. Les noms des personnes et des structures ont été changés pour conserver l'anonymat. L'ensemble a ensuite été analysé à l'aide d'un guide d'analyse en fonction du groupe cible sur la période du 1er avril au 15 juin. Le guide d'analyse, sous forme de tableau, reprenait les différents thèmes abordés, qui devaient permettre de répondre aux objectifs : « raison de la mise en œuvre du dispositif », « résultats perçus pour le patient », « résultats perçus pour les délégués », « résultats perçus pour les médecins », « ressenti concernant la procédure d'élaboration d'un protocole », « ressenti concernant la

procédure d'adhésion », « financement », « statut », « réglementation », « formations », « rapports institutionnels », « rapport à l'organisation », « limite dans la mise en œuvre effective ».

Tableau 6 : Entretiens réalisés au cours de la période du 25 mars 2016 au 17 mai 2016.

Nom	Structure	Fonction
Groupe 2 : Personnes gestionnaires du dispositif		
Mme Adam	ARS	médecin
Mme André	ARS	Directeur des soins
Mme Arnaud	ARS	Directeur des soins
Mme Leroy	HAS	Chef de projet
Mme Moreau	DGOS	Adjointe d'une direction
Mme Perrin	Hôpital public	Directeur des soins
Mme Klein	Hôpital public	Directeur des soins
Mme Gaillard	Hôpital public	Cadre supérieur de santé
Groupe 1 : Personnes mettant en œuvre le dispositif		
Sous groupe 1 : Adhésion à un protocole dont ils sont à l'initiative		
Mme Cini	Hôpital public	Infirmière
Mme Finet	Hôpital public	Infirmière
Mme Fischer	Hôpital public	Infirmière
Mme Vidal	Hôpital public	Infirmière
Mme Clément	Hôpital public	Médecin
M Verdier	Hôpital public	Médecin
M Fournier	Hôpital public	Médecin
M Didier	Association à but non lucratif	Infirmier
Mme Dubois	Association à but non lucratif	Médecin
Mme Silva	Ambulatoire public	Infirmière
M Schmitt	Ambulatoire public	Médecin
Sous-groupe 2 : Adhésion à un protocole existant		
Mme Tissot	Ambulatoire public	Infirmière
Mme Ziegler	Hôpital public	Infirmière
M Emery	Structure privée	Manipulateur en électroradiologie
Mme Zara	Hôpital public	Médecin
Mme Texier	Ambulatoire public	Médecin

2.1.2 Étude quantitative et analyse de données

Les données ont été recueillies par l'étude des archives papiers et informatiques de l'ARS qui concernent le dispositif : les protocoles de coopérations élaborés en Ile de France en cours d'instruction, autorisés ou non autorisés par la HAS et les dossiers d'adhésion des professionnels de santé. Ils comprenaient les protocoles, les lettres d'intention lorsqu'elles existaient, les différents échanges mails, les documents nécessaires à l'adhésion d'un professionnel... Des tableaux de suivi des procédures réalisés par les responsables du dispositif ont aussi permis d'extraire des données utiles.

Les thèmes d'analyse quantitative retenus concernaient des variables explicatives liées à la durée de la procédure, aux types de protocoles et au profil des professionnels de santé. Les archives devaient révéler les raisons qui avaient pu amener certaines équipes à abandonner en cours de démarche et l'étude quantitative à mieux comprendre la typologie des protocoles de coopération et à analyser la durée étape par étape d'élaboration et d'adhésion à un protocole.

Le traitement des données a été effectué à partir du logiciel Microsoft Excel (Annexe 3).

2.2 L'apport des coopérations perçu par les professionnels de santé

Des raisons multiples ont motivé les équipes à initier un protocole de coopération en fonction des besoins qu'ils ont identifiés. Les entretiens menés révèlent trois raisons qui ont motivé les professionnels de santé à s'engager dans le dispositif de coopération :

- Favoriser l'accès aux soins : en dégagant du temps médical (notamment pour les protocoles liés aux pathologies chroniques), en assurant un suivi plus rapproché notamment entre la ville et l'hôpital (ce qui est le cas dans les structures ambulatoires qui mettent en place un protocole), en palliant les difficultés de recrutement dans certaines spécialités (imagerie, médecine générale, hépatologie, endocrinologie)
- S'adapter aux évolutions du monde de la santé : en formant des professionnels paramédicaux à des techniques ou à l'utilisation d'appareils de diagnostics et de

dépistages, en régularisant des pratiques soignantes déjà existantes, mais qui outre passent leurs décrets d'activités.

– Permettre une évolution de carrière des soignants : en « légitimant les compétences acquises » par les soignants (propos tenus par trois médecins), en sortant du rôle de « simple exécutant » certains soignants (propos tenus par trois infirmiers).

Mettant en œuvre des protocoles de coopération depuis au moins 6 mois, les professionnels soignants inscrits dans un protocole de coopération perçoivent déjà les premiers effets de leur mise en œuvre. Ils concernent la prise en charge des patients et leur accès aux systèmes de soins, les professionnels de santé délégués et délégants adhérant à un protocole, mais aussi la vision extérieure perçue des professionnels de santé non adhérents. Des résultats concrets ne peuvent être encore analysés. Il faudrait pour cela une analyse plus poussée des évaluations rendues annuellement par les professionnels de santé, et la possibilité de comparer sur plusieurs années. La plupart rendant actuellement leur première évaluation, le dispositif est donc encore trop récent pour ce type d'analyse.

2.2.1 La coopération pour améliorer les prises en charges et l'accès aux soins ?

Les professionnels de santé délégués apporteraient un regard différent dans la prise en charge, permettant que celle-ci soit plus globale en introduisant une part relationnelle plus importante. Ce constat est fait par dix des professionnels interrogés (62 %), médecins délégants (43 %) comme soignants délégués (78 %) confondus. Les infirmiers par exemple auraient un « *discours plus accessible donc [...] la consultation est plus efficace qu'avec un médecin* » d'après M Verdier, médecin. Cependant, il pondère ses propos en avouant que « *c'est tellement subjectif [...] c'est tellement difficile à démontrer* ». La plus-value de la prise en charge relationnelle soignante résiderait aussi dans les représentations des usagers vis-à-vis des professionnels de santé. Une infirmière serait « *plus abordable que les médecins* » et les patients se sentiraient donc « *plus en confiance* » d'après Mme Fischer, infirmière déléguée. Les patients auraient « *moins de scrupules* » à appeler un infirmier lorsque survient un problème plutôt

que le médecin d'après le docteur Clément. M Didier et M Emery, tous deux délégués, ressentent une plus grande proximité avec le patient en comparaison avec leur exercice antérieur. Les représentations des individus jouent un rôle essentiel dans les relations et elles sont particulièrement ancrées dans le monde des professionnels de la santé (Formarier, 2007).

La question du temps plus important accordé à l'utilisateur par les professionnels paramédicaux lors d'une consultation a aussi été abordée et peut expliquer en partie le ressenti des médecins sur une meilleure prise en charge relationnelle. Pour Mme Silva, infirmière, « *l'infirmière a une heure lorsque le médecin n'a que 10 minutes, un quart d'heure* » pour réaliser un acte comme la vaccination lors d'une consultation. Ce temps lui permet de discuter, de négocier, d'expliquer au patient le traitement ou sa prise en charge. Mme Vidal, une autre infirmière qui réalise des consultations aborde aussi ce changement d'approche, « *les consultations sont différentes entre médecin et infirmier. Nous, nous sommes plus dans le message, l'information* ».

La sociologue Françoise Acker a mis en évidence dans son article *Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital* (2005) que les normes professionnelles des infirmiers conduisent à mettre en avant des tâches d'écoute et d'accompagnement des patients. Cependant, elle identifie aussi une recomposition du travail infirmier ces dernières années qui bousculerait cette norme et amènerait à prioriser les soins techniques, entraînés par l'évolution des savoirs et des techniques médicales. Certains protocoles de coopération en Ile de France ont créé des temps de consultation infirmière ou des hotlines permettant aux patients de joindre un infirmier à tout moment pour avoir des conseils. Ces nouvelles organisations donnent la possibilité de redéployer du temps relationnel aux soignants. Françoise Acker abordait déjà la question des hotlines, en 2005, et concluait qu'elles œuvraient à « un mode de prise en compte des difficultés des patients ». La mise en place des coopérations pourrait donc être vectrice d'amélioration de la prise en charge relationnelle des patients, comme l'on évoquait plusieurs professionnels de santé.

Les deux équipes exerçant en structure ambulatoire publique et ayant une activité de dépistage estiment que le dispositif de coopération leur permet de toucher une population différente, non couverte auparavant. Avant la mise en place du

protocole, Mme Silva, infirmière, « *voyait les gens en consultation et ensuite je [elle] leur redonnais rendez-vous avec le médecin, et là on [ils] les perdait* ». La mise en place d'un protocole aurait donc fidélisé la patientèle et évité les « *perdus de vu* ». Un bénéfice qui se mesure aussi, dans le centre de santé de Mme Silva, à un taux de dépistage plus élevé chez les jeunes, population que ce centre touchait difficilement avant cette nouvelle organisation des soins.

Les deux équipes adhérentes à des protocoles permettant un suivi entre l'hôpital et le domicile (l'un dans une association à but non lucratif, l'autre dans un hôpital public) constatent une diminution des effets secondaires et un évitement du recours aux urgences. Pour Mr Didier, infirmier, l'accompagnement par téléphone permet au patient de sortir « *vite de sa problématique et il n'est pas obligé de faire un passage aux urgences* ». Le suivi effectué leur permet en cas de complication d'évaluer la situation et de résoudre le problème eux-mêmes dans le respect du protocole ou d'adresser le patient à son médecin spécialiste rapidement en programmant un rendez-vous en urgence voir en programmant une réhospitalisation après avis du médecin. Mme Dubois, l'un des médecins de l'association, observe une plus grande fluidité dans la prise en charge « *les patients demandent des conseils [...] l'infirmier répond très vite à leur demande, ce que nous, on ne pourrait pas faire [...]. Si c'est bien organisé, entre deux consultations médicales, l'infirmier peut les voir un peu près au milieu et le patient, finalement, arrive à avoir un interlocuteur tous les 3 à 4 mois* ». Ainsi, le dispositif permettrait une continuité dans la prise en charge et de « *mieux gérer les effets secondaires* » comme l'évoque Mme Clément, médecin.

L'institut Claudius Rigaud, Centre de lutte contre le cancer de la région Midi-Pyrénées, a réalisé une évaluation de la satisfaction de leurs patientes bénéficiant d'un suivi téléphonique infirmier à domicile pendant la chimiothérapie. Sur 129 questionnaires envoyés, 51,6 % ont répondu. Il en ressort que les patients sont globalement satisfaits (Despiau, Bombail and al, 2014). En revanche, on trouve peu de littérature étudiant l'impact concret d'une telle prise en charge.

Les protocoles diminueraient le temps d'attente des patients pour avoir un rendez-vous d'après les directeurs des soins, mais aussi des professionnels de santé interrogés.

Les protocoles de coopération auraient ainsi amélioré l'accès aux soins de certaines catégories de la population et éviter les ruptures de parcours de soin. Dans d'autres cas, ils semblent améliorer la continuité des soins en permettant à un professionnel de santé délégué d'effectuer un suivi plus rapproché avec une marge d'autonomie étendue. L'amélioration du relationnel entre soignant et patient pourrait être source d'une meilleure information du patient et améliorerait ainsi sa prise en charge et l'apparition d'effets secondaires.

Ces différents éléments rejoignent les résultats d'une étude pilote qui avait été menée en 2010, évaluant les nouvelles formes de coopération entre les médecins et les infirmiers dans la prestation de soins pour les personnes avec du diabète ou d'autres pathologies chroniques et qui indiquait une meilleure qualité des soins, notamment grâce à de meilleurs conseils de l'infirmier aux patients sur leur mode de vie et l'autogestion de leurs maladies (Mousquès et al, 2008).

2.2.2 Les effets sur l'organisation du travail et l'activité des professionnels de santé adhérents

Au-delà des effets perçus pour les patients, on relève, dans le discours des soignants, mais aussi des cadres et directeurs des soins, des impacts sur l'organisation du travail et l'activité des professionnels de santé.

Ainsi, la mise en place des protocoles de coopération aurait donné la possibilité aux médecins de se concentrer davantage sur des activités ou des prises en charge complexes. Quatre équipes hospitalières adhérentes à différents protocoles ont fait ce constat. Pour Mme Ziegler, infirmière, la délégation a permis *« aux médecins d'être plus dans le diagnostic que dans le suivi »*. Mr Verdier, médecin, tire les mêmes conclusions puisque cela leur donne la possibilité *« d'être déchargé d'une certaine routine pour pouvoir se concentrer un peu plus sur les situations les plus complexes »*.

Pour les deux médecins adhérents à un protocole permettant un suivi entre l'hôpital et le retour au domicile, la délégation d'activité et la réorganisation des prises en charge sont une sécurité pour eux. L'un des médecins, Mme Dubois, *« trouve extrêmement précieux pour des médecins d'avoir la possibilité de savoir*

que des patients en difficultés pourront être vus plus souvent et d'avoir un suivi des patients [...] individualisé ».

Trois soignants sur quatre interrogés estiment que le dispositif permet de valoriser¹¹ et est une reconnaissance¹² pour les délégués. Beaucoup évoquent un développement des compétences voir un gain d'autonomie parallèlement à une plus grande prise de responsabilité. Mme, Dubois, médecin, trouve qu'« *ils ont une responsabilité, [...] ils ne sont pas exécutants, là ils décident aussi* ». La marge d'autonomie prise par les soignants serait dépendante des personnes comme l'évoque M. Schmitt, médecin, « *certaines sont plus à l'aise avec les consultations infirmières [...] dans certain cas, je suis plus amené à prescrire [...] dans le cadre d'une consultation infirmière qu'ailleurs* ».

La prise de responsabilité peut être vécue comme stressante par certains professionnels délégués. S'ils évoquent parfois des difficultés au démarrage de l'activité dérogatoire, ils disent avoir gagné en assurance au cours du temps. L'infirmier, M. Didier, se souvient que « *ça [lui a] fait peur au démarrage parce qu'à tout moment il peut avoir son diplôme mis en jeu, donc ça ne laisse pas le choix que d'être prudent.* »

C'est aussi vécu comme une possibilité de sortir d'un rôle d'exécutant. Mme Ziegler, infirmière, y voit une « *nouvelle perspective dans la conception du métier d'infirmier et de son exercice* ».

Le renforcement du travail en équipe et des interactions ont été évoqués par plusieurs professionnels de santé. « *Il y a une relation avec plus de collaboration, plus d'échanges et de discussions dans le cadre des traitements* » pour Mme Cini, infirmière. De même pour Mme Tissot, infirmière, pour elle « *c'est à égalité, à équité avec les gynécologues qui nous fait [leur font] confiance. On ne lit pas juste une ordonnance [...] on a vraiment l'impression de faire partie d'une équipe.* » Un ressenti partagé par les médecins qui « *échangent beaucoup avec les infirmières déléguées. Elles nous [les] tiennent informées régulièrement, elles s'impliquent plus* ».

Les délégants et délégués sortiraient donc gagnant-gagnant de la mise en place du dispositif. D'une part, les délégants ont plus de temps pour se concentrer sur

¹¹ Les termes « valoriser », « valorisation », « valorisant », « revalorisé » ont été utilisés dans 12 entretiens différents dont par 3 médecins et 2 délégués.

¹² Les termes « reconnaissance », « reconnu » ont été utilisés dans 10 entretiens différents dont par 3 délégués, 1 médecin, 3 directeurs des soins et 3 autres gestionnaires du dispositif

des activités plus complexes et augmenteraient leurs activités. D'autres parts, les délégués accéderaient à plus d'autonomie en développant de nouvelles compétences et connaissances, bénéficiant ainsi d'un intérêt plus important pour leur fonction. L'ensemble s'inscrivant dans un cadre sécurisé pour les professionnels de santé comme pour les patients.

Une étude approfondie des profils des soignants qui s'engagent dans les protocoles de coopération et ceux qui au contraire ne souhaitent pas une telle évolution de leur fonction, permettrait d'analyser les aptitudes nécessaires à l'exercice dans le cadre d'une délégation et/ou d'une réorganisation du système et les questions sociologiques en jeu. Les entretiens menés n'ont pas mis en perspectives des points communs forts entre les différents délégués.

2.2.3 Perception du dispositif par les autres soignants médicaux et paramédicaux

Mme Vidal et M. Emery, tous deux délégués, ont ressenti une difficulté des médecins à partager « le pouvoir » au démarrage de la coopération et une certaine réticence. L'un des médecins, M. Verdier, a aussi abordé cette difficulté, certains confrères lui ayant dit que « *[c'était] n'importe quoi* », qu' « *il y [avait] un problème de compétence* » et qu'il « *ne peut [pouvait] pas mettre sur le même pied une infirmière et un médecin* ». Cependant, ce ressenti négatif se serait estompé avec le temps et les médecins auraient compris l'intérêt qu'ils pouvaient avoir à être dans ce dispositif.

Mais les difficultés à faire accepter la mise en place des coopérations auraient été plus fortes auprès des équipes paramédicales lorsque seule une personne était déléguée au sein de l'équipe. L'une des infirmières, Mme Vidal, pense que « *quelque part, ils n'en comprenaient pas le sens* » et les autres infirmiers comme les cadres « *ne savaient pas dans quelle case [la] mettre* ». Mme Ziegler, infirmière, explique quant à elle qu'au « *départ, tout le monde n'a pas tout compris [...] On a [ils ont] dû faire deux réunions pour réexpliquer* ». De leur côté, les médecins utilisent des termes plus forts pour décrire ce ressenti « *c'est chez les infirmiers qu'il y a eu le plus de réactions opposées, voire violentes* » pour M Verdier. Mme Zara, médecin, pense que pour l'infirmière déléguée « *faire comprendre à l'équipe, ce n'est pas si simple* » et elle a « *certainement eu des*

souffrances par rapport à ça ». M. Emery, délégué, explique que ses collègues ont eu le sentiment que l'on supprimait un poste d'auxiliaire médical pour « soutenir plus l'activité propre » aux médecins. Il a aussi perçu de la part de ses collègues qui ont plus d'ancienneté une certaine méfiance : « *comment un soignant peut s'arroger le droit de pratiquer cette activité ?* ». Mais comme pour les médecins, les réticences se sont atténuées avec la mise en place progressive.

La réticence provient ainsi d'acteurs du soin qui n'ont pas été directement impliqués dans le projet. Le concept de résistance aux changements peut être mobilisé pour expliquer ces réactions. Kurt Lewin (1951) a mis en évidence que ces résistances venaient de l'attachement des individus aux changements collectifs (in Vas, 2000). Il s'agirait ainsi d'un contrepoids aux forces qui poussent à adopter un changement. Kanter (1985) identifie cinq raisons qui incitent des individus à résister aux changements : la perte de contrôle, la trop forte incertitude, le manque d'informations, les changements importants dans un même temps, le sentiment que les actions passées étaient inutiles, inefficaces (in Vas, 2000). Dans les situations évoquées, on retrouve la forte incertitude, les autres professionnels de santé ne perçoivent pas l'avenir du dispositif et ce qui va en découler. Mais aussi un certain manque d'informations. On comprend alors que la mise en place progressive du dispositif et son observation par les acteurs extérieurs a levé les réticences.

Dans ces services, où seul un délégué est présent, il y a une vraie difficulté à recruter un deuxième délégué. Plusieurs raisons sont évoquées :

- une équipe soignante vieillissante et donc proche du départ à la retraite ne souhaitant pas s'engager ;
- une formation longue à réaliser avec l'obtention d'un diplôme universitaire ;
- la perte de salaire dû à l'absence de travail de nuit ou en week-end dans certains types de coopération.

Le risque pour ces équipes serait que le délégué parte et que la coopération soit stoppée. Une inquiétude qu'évoque Mme Klein, directrice des soins, pour l'un des protocoles présents dans son établissement où seul un délégué est adhérent, « *il est unique sur l'établissement donc s'il s'en va, ce sera un problème pour l'établissement* ».

Dans les structures où l'adhésion fait partie de la fiche de poste ou où l'ensemble de l'équipe peut facilement adhérer une fois qu'ils répondent aux critères

d'expérience et de formation, il ne semble pas y avoir eu de réticence à s'engager. Au contraire, dans l'un des centres de santé, deux infirmières ont été recrutées à posteriori de la mise en place du protocole et ont dû réaliser les démarches d'adhésion. L'attente de l'enregistrement par l'ARS a alors été vécue comme « *frustrant* » explique l'une des déléguées puisqu'elle ne pouvait pas pratiquer la délégation sans cette validation.

Si des réticences ont été ressenties à la mise en place du dispositif ou au démarrage du projet de protocole chez les équipes paramédicales comme médicales, elles se semblent s'estomper une fois la nouvelle organisation mise en place et intégrée par tous. Cependant, une difficulté demeure pour certaines équipes : le recrutement de nouveaux délégué(e)s.

2.3 Limites et opportunités du dispositif de coopération

Au-delà des effets directement perçus par les acteurs du dispositif, des limites, freins et opportunités sont identifiés. Ils ont trait aux financements et aux statuts des délégués, mais aussi à la procédure d'élaboration et d'adhésion à un protocole. L'ARS Ile de France avait déjà noté ces trois problématiques bien avant cette évaluation et elles étaient formulées dans le pré-projet d'évaluation¹³ (Annexe 1) : une réglementation inaboutie ? Des financements limitant le déploiement du dispositif ? Une procédure longue et complexe ?

2.3.1 Un cadre réglementaire pas encore abouti ?

Des dispositions du droit commun n'ont pas été adaptées en vue de la mise en place des protocoles de coopération. Ainsi certaine disposition réglementaire, non modifiée, limite encore la mise en place d'une délégation pleine et entière, le financement non prévu des actes délégués freine certains professionnels de santé à s'engager dans une coopération en fonction de leur mode de rémunération et le statut des professionnels de santé délégués n'a jamais été tranché.

¹³ Document remis à l'étudiant en début de stage pour contextualiser le projet d'évaluation.

A) Les limites à la mise en place effective de la délégation

Les infirmiers sont autorisés à prescrire (lorsqu'ils agissent sur prescription médicale et sauf en cas d'indication contraire du médecin) des dispositifs médicaux listés à l'article 2 de l'arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. Au-delà de cette liste, ils n'ont pas d'autorisation de prescription. Le numéro ADELI¹⁴, attribué à chaque praticien salarié et libéral et professionnel de santé relevant du code de la santé publique, présent sur les feuilles de prescription, permet aux pharmaciens de vérifier si le professionnel est autorisé à prescrire les dispositifs médicaux concernés. Or, lorsqu'un protocole de coopération élargit ce droit de prescription d'un infirmier, aucune mesure n'est prévue pour que le pharmacien puisse identifier l'adhésion du professionnel au protocole et donc la validité de la prescription.

Pour contourner ce problème, certaines équipes utilisent les feuilles de prescription des médecins comme l'explique Mme Ziegler « *les prescriptions sont encore signées par le médecin, car nous n'avons pas résolu la problématique de la délivrance par le pharmacien avec notre numéro ADELI* ». La rédaction d'une prescription par une autre personne que celle titulaire du carnet de prescription pose une autre question de droit : la responsabilité engagée. Un arrêt de la Cour Administrative d'Appel de Versailles du 3 décembre 2007 concernant un médecin vacataire licencié par une maison de retraite pour avoir demandé à des infirmiers de rédiger des prescriptions en son nom, conclu au titre du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 et n° 93-221 du 16 février 1993 qu'il « n'entre pas dans les compétences des infirmiers et infirmières de rédiger des projets d'ordonnances portant renouvellement de prescriptions ». Ainsi l'utilisation d'ordonnancier au nom d'une autre personne que le rédacteur par un professionnel paramédical peut-elle entraîner des sanctions.

Une autre interrogation demeure, celle de la possibilité de subdéléguer à un aide-soignant des actes techniques réalisés par un infirmier sur prescription. Deux gestionnaires en ARS ont déjà sollicité une réponse juridique de la DGOS à ce

¹⁴ ADELI est un système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue. Il figure sur la Carte de professionnel de santé. L'enregistrement s'effectue à l'ARS et est obligatoire pour l'exercice des professions concernées.

sujet, restée sans retour aujourd'hui. Pourtant, si la possibilité de subdélégation n'a pas été tranchée, un protocole autorisant aux aides-soignants la réalisation d'un acte technique a d'ores et déjà été autorisé. **TEXTE**

Une mise en cohérence des textes réglementaires serait nécessaire pour permettre le déploiement plein et entier des protocoles de coopération sans mise en danger juridique des professionnels de santé.

B) Le financement : une limite au développement ?

En Ile de France, une majeure partie des protocoles sont mis en place dans des hôpitaux publics (18/30). Ce milieu d'exercice semble plus favorable au développement des coopérations, notamment pour des questions de rémunération de l'activité. En Ile-de-France, aucun délégué n'a d'exercice libéral, tous sont salariés de leur établissement, d'une association ou d'un tiers. En effet, les délégués exerçant dans le secteur ambulatoire sont salariés de centres municipaux ou départementaux (3/30), d'associations à but non lucratif (3/30), d'un autre professionnel de santé déléguant (3/30) ou en structure ambulatoire privée (2/30).

C'est le cas notamment du protocole Asalée¹⁵, les infirmiers exercent en maisons de santé pluridisciplinaire, mais sont salariés de l'association Asalée sur leur activité entrant dans le champ du protocole de coopération. Les orthoptistes adhérant aux protocoles « réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques » chez l'enfant de 6 à 15 ans et chez l'adulte de 16 à 50 ans, sont quant à eux salariés par un ophtalmologiste exerçant en libéral. En revanche, les médecins déléguants sont aussi bien libéraux que salariés. La question de la rémunération de l'activité et des professionnels semble être la réponse à ce constat.

Lors de l'introduction des coopérations dans la loi HPST, aucune disposition n'a été prise concernant un modèle économique. Dès les premières années de la mise en place, les partis prenants ont constaté que cette absence de modèle était

¹⁵ Initié en 2004, dans le cadre des expérimentations, le protocole Asalée s'est inscrit dans le dispositif de coopération prévu à l'article 51 de la loi HPST en 2012. Ils incluent des actes dérogatoires du médecin à l'infirmier, dans le secteur ambulatoire, sur quatre sujets qui sont : le diabète de type 2, l'hypertension artérielle et les facteurs de risques cardio-vasculaires, les Bronchites Pulmonaires Chroniques Obstructives, le repérage des troubles cognitifs. En Ile de France, les premières équipes ont adhéré à ce protocole en avril 2016.

un frein majeur dans le déploiement du dispositif. La tarification des nouveaux actes réalisés par des délégants et les conditions de tarification des actes médicaux n'étaient pas prévues, ainsi que la prise en charge par l'assurance maladie. La Direction de la sécurité sociale est restée pendant longtemps absente des discussions autour du dispositif alors qu'elle est une actrice majeure en matière de financement.

En milieu hospitalier, les professionnels et administratifs interrogés ne soulèvent pas d'incidence ou de difficulté dans la codification et le financement des actes réalisés par un délégué. En revanche, les professionnels exerçant en ville soulignent des problématiques majeures. Les actes dérogatoires ne sont pas côtés, à l'exception de la vaccination infirmière (déjà réalisée par les infirmiers dans certains modes d'exercice).

Cette absence de modèle de rémunération est avancée comme motif principal du faible déploiement des protocoles en ville (Haut Conseil pour l'Assurance Maladie, 2014). Les équipes ont alors deux possibilités : utiliser de manière inadéquate une tarification déjà existante (ce qui est le cas pour l'un des protocoles étudiés) ou abandonner le projet (Génisson, Million, 2014).

Ainsi, fin 2013, le financement des activités déléguées dans le cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé a été prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale 2014 (art. 35). Le décret n° 2014-919 du 18 août 2014 relatif à la composition et au fonctionnement du collège des financeurs des coopérations entre professionnels de santé est paru au Journal officiel du 21 août 2014 et les éléments de mise en œuvre concrète ont été diffusés au cours du deuxième trimestre 2015.

Cependant, en 2015, le Collège des financeurs ne s'est prononcé que sur le financement de deux protocoles : le bilan visuel par un orthoptiste délégué et la coopération médecin/infirmier portée par l'association Asalée. Les stratégies de contournement pour certain protocole mis en place en ambulatoire (dans le public comme dans le privé) persistent. Le Docteur Texier illustre ce problème puisque dans leur structure il « cote une consultation plus [un acte technique médical]. [...] On est parti du principe que c'était un acte délégant donc on pouvait partir sur le principe que c'était une consultation d'un médecin avec [l'acte technique] ». Les coûts supplémentaires possiblement engendrés par ce mode de facturation à l'assurance maladie peuvent alors interroger ?

En lien avec la question des financements, d'autres problématiques sont évoquées par les directeurs des soins et les cadres. Lorsqu'un professionnel paramédical adhère à un protocole, il consacre une partie plus ou moins importante de son activité à la dérogation. À l'hôpital public, l'une des directrices des soins met en évidence que ces postes sont créés sur « *des postes vacants, mais qui sont pris ailleurs* » puisqu'ils n'ont pas eu « *d'allocation de postes supplémentaires pour ces professionnels-là* ». L'activité effectuée auparavant par le délégué « *est rebasculée sur le reste de l'équipe et il n'y a pas eu de personnel supplémentaire* » comme l'évoque la seconde directrice des soins.

La mise en place du collège des financeurs devrait permettre le développement des coopérations dans le secteur ambulatoire. L'ARS Ile de France a proposé en début d'année 2016 des modélisations de financement possible, en fonction de l'activité dérogatoire, au ministère en charge de la santé, pour le moment resté sans réponse.

C) La quête d'une valorisation et d'une reconnaissance ?

Une autre limite réside dans la possibilité de valoriser les professionnels de santé qui réalisent des activités médicales et prennent des responsabilités supplémentaires. Une problématique soulevée à la fois par les gestionnaires du dispositif au sein des établissements et les professionnels de santé.

À l'Hôpital public, Mme Klein, directrice des soins, n'a comme seule marge de manœuvre « la prime qui est donnée » chaque année. Mme Vidal, infirmière, se demande « comment motiver une infirmière qui a les compétences à travailler différemment, qui sort de son décret d'activité, tout en n'étant pas reconnue comme infirmière consultante par exemple ». Certains délégués étant en consultation de jour ont même avoué avoir perdu par rapport à leur salaire antérieur, ne faisant plus ni nuit, ni week-end. M. Verdier, médecin, est lui aussi interloqué par la situation : sa collègue infirmière déléguée « *engage sa responsabilité professionnelle et individuelle [...], mais son statut n'a pour autant pas bougé, sans parler de son salaire* ».

On compte dix-sept fois le terme « reconnaissance » parmi les vingt-trois entretiens réalisés. Cette quête de reconnaissance peut être perçue comme le sentiment de ne pas être reconnu, quand d'autres (ici, les médecins)

accomplissent le même travail en étant « *mieux payés* » et « *mieux traités* ». Dans la structure de Mme Silva, une prime mensuelle est versée aux infirmières déléguées. Cependant, elle rapporte que certaines « *préfèreraient ne pas avoir la prime et arrêter ça [l'activité dérogatoire] parce que par rapport à tout ce qui est fait, ça [la prime] reste [pour nous minime] par rapport au niveau responsabilité* ».

Une inégalité économique, perçue comme injuste et aboutissant à l'adoption du langage de la reconnaissance. Axel Honneth, dans sa théorie de la reconnaissance, identifie trois principes qui sont à l'origine de l'exigence de reconnaissance de soi de la part des autres membres de la société : l'amour (des êtres se portent une estime réciproque affective et particulière), l'égalité (affirmation de ses droits) et le mérite (se rapporte aux capacités concrètes et aux valeurs de l'identité culturelle de l'individu). Le travail fait parti de ce dernier principe (Honneth, 2004). La reconnaissance « est recherchée, car elle donne du sens aux efforts fournis dans le travail et permet de conforter l'identité professionnelle » (Marc Loriol, 2011). Les questions soulevées par les professionnels de santé semblent alors logiques. Le gain d'autonomie et de responsabilité, parfois la formation à de nouvelles pratiques, le positionnement différent par rapport au reste de l'équipe, pose la question de la reconnaissance de la plus-value de son activité pour légitimer sa place.

C'est cette situation, en partie, qui ne motiverait pas d'autres paramédicaux à adhérer aux protocoles comme évoqués précédemment.

En 5 ans, il n'y a donc pas eu de changement dans les textes, excepté la création du collège des financeurs qui ne répond pas encore à toutes ses attentes. Les gestionnaires du dispositif interrogés ont ainsi regretté un manque de concertation avec le ministère et la HAS et l'absence d'un point d'étape.

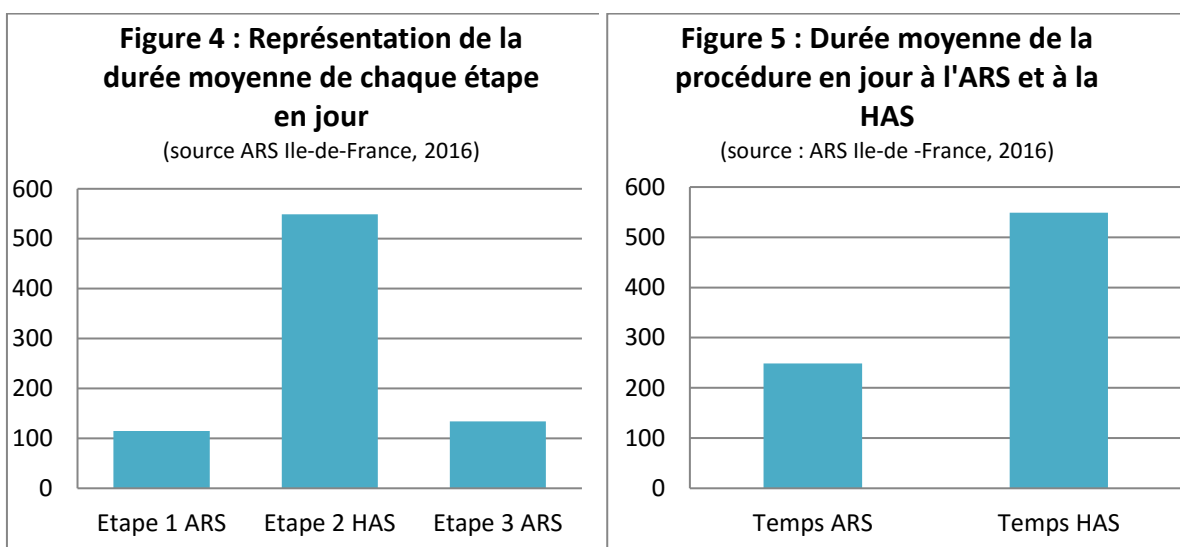
2.3.2 Des démarches longues : élaboration et adhésion à un protocole

L'élaboration d'un protocole de coopération comme l'adhésion à celui-ci répond à une procédure réglementée comme exposé précédemment. Interrogés sur les limites et les éléments facilitateurs, des éléments ont été relevés de manières récurrentes pour chacune des deux étapes.

A) L'élaboration d'un protocole de coopération

Les équipes ayant été à l'initiative de la rédaction de leur protocole expriment unanimement des lourdeurs et des longueurs dans l'instruction des dossiers. Ce constat est partagé par deux des responsables en ARS et les équipes encadrantes (directeurs des soins et cadres supérieurs de santé).

En moyenne, les protocoles d'Ile de France ayant reçu un avis (favorable ou défavorable), ont mis 758 jours (2 ans) du premier contact avec l'ARS à la publication de l'arrêté d'autorisation ou à la réception de l'avis défavorable de la HAS. Cette durée peut aller de 13 mois pour le plus rapide à 3 ans et 5 mois pour le plus long. L'étape la plus longue de la démarche d'autorisation correspond à l'instruction du protocole par la HAS (Figures 4 et 5).



Étape 1 : Réception du projet de protocole à l'ARS jusqu'à transmission à la HAS

Étape 2 : Transmission du protocole à la HAS jusqu'à réception de l'avis par l'ARS

Étape 3 : Réception de l'avis par l'ARS jusqu'à publication de l'arrêté d'autorisation

Temps ARS : Étape 1 + Étape 3

Temps HAS : Étape 2

En se basant sur les protocoles franciliens ayant obtenu un avis de la HAS (5 défavorables, 12 favorables avec réserves) depuis le début de la mise en œuvre du dispositif, il a été possible de mesurer les délais pour chaque étape de la procédure à partir des tableaux de suivi, tenus à jour par les responsables du dispositif à l'ARS et stipulant les dates précises de réception des avis et divers documents. Ces données ont permis de calculer des moyennes, des modes, des

médianes, des durées maximales et minimales pour chacune des étapes et de manière globale. En moyenne, 115 jours (4 mois) sont nécessaires pour la première étape. Celle-ci correspond à la réception de la première version du protocole par l'ARS jusqu'à sa transmission à la HAS. Cette étape peut varier selon les situations, allant de 13 jours à 1 an et 2 mois. Après réception du protocole, des premiers allers-retours ont lieu entre l'ARS et les professionnels, afin de préciser, compléter, modifier certains éléments. Ces échanges, nécessaires, expliquent les variations de temps en fonction de la complétude des dossiers. La réactivité des professionnels de santé et de l'ARS étant soumise aux aléas calendaires de chacun. On note que les trois protocoles initiés en 2012 et autorisés depuis sont ceux qui ont pris le plus de temps (Annexe 3).

Des freins sont identifiés par les professionnels de santé dans cette étape de rédaction du protocole. « *Au départ, c'est fastidieux, on met sur papier notre pratique* » explique Mme Vidal, infirmière, « *on doit arriver à ce que ce soit exploitable par tous les centres de vaccination* ». La rédaction s'est avérée plus complexe que prévue pour Mme Dubois, médecin, parce qu'il a fallu « *border toutes les situations qui pouvaient arriver. Donc la tâche paraît moins simple que ce que l'on pouvait imaginer* ». Cependant, cette équipe a déjà rédigé un deuxième protocole de coopération et pour l'infirmier, M. Didier, « *le deuxième protocole a été plus rapide [...]. On s'est servi du premier protocole pour écrire le deuxième* ». Mme Vidal pense, elle aussi, que si elle en avait « *un deuxième à écrire, [...] j'aurais [elle aurait] beaucoup moins de difficulté* ». Les responsables du dispositif en ARS confirment qu'une méthodologie est à acquérir pour l'élaboration du protocole, « *il faut déjà comprendre ce qu'attend la HAS et puis ensuite il faut savoir comment formuler les choses, comment les rédiger dans la grille qui est proposée* ».

Une fois les protocoles validés par l'ARS, ils sont transmis à la HAS pour avis. Pour cette deuxième étape, la HAS met en moyenne 549 jours (1 an et demi) pour instruire les dossiers. Les écarts sont importants : entre 7 mois pour les plus rapides et 2 ans 10 mois pour les plus longs. Il s'agit de l'étape la plus longue. De nombreux allers-retours sont encore nécessaires durant cette étape entre la HAS, l'ARS et les professionnels de santé. La responsable du suivi des protocoles à la HAS indique qu'« *au moins une réunion de travail téléphonique au minimum [a lieu] puis des allers-retours par mail et via le site coop-ps avec l'ARS et les*

équipes pour avoir une version la plus consolidée possible ». Ces échanges et demandes de réajustement, déjà présents lors de la première étape d'instruction du protocole par l'ARS, sont mentionnés par les équipes dans les différents entretiens, comme contribuant à la lourdeur du dispositif. M. Didier note qu'il y « *a eu beaucoup d'allers-retours. Au bout d'un moment, c'était assez lourd* ». Ce besoin de tout faire préciser, est justifié pour la responsable de la HAS, Mme Leroy, « *On va de l'information du patient, à sa sortie en passant par quelles sont les étapes ? Quels sont les risques ? La formation, la supervision, l'analyse de pratique... [...] Il faut que tout soit vraiment précisé* ». S'assurer d'un cadre réglementaire sécurisé serait la cause de ces nombreux échanges, mobilisant alors des ressources humaines et du temps « *c'est une prise en charge qui est autorisée donc s'il arrive quelque chose...* ». L'expertise par des organisations et des personnes extérieures (ordres, collègues, spécialistes) prend aussi un certain temps d'après la HAS. Certains « *conseils nationaux demandent l'avis à leurs adhérents, ça peut alors prendre 3 mois, 4 mois...* » Explique Mme Leroy. Cependant, la HAS souhaite avoir le plus grand nombre d'avis pertinents possibles avant d'avoir un avis général.

La dernière étape dure en moyenne 134 jours (4 mois). Elle correspond au délai de publication de l'arrêté d'autorisation d'un protocole de coopération par le directeur général de l'ARS après avis de la HAS.

Aucun protocole autorisé en Ile de France n'a été initié par une lettre d'intention. Cette étape supplémentaire a été ajoutée à la procédure en 2012 (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). 11 équipes ont rédigé un protocole depuis 2012 et donc entamé leur démarche par une lettre d'intention. Parmi eux, les deux premières ont reçu un avis défavorable, les 9 autres sont toujours en cours de rédaction (3) ou d'instruction à la HAS (6). L'étape préliminaire allant de la réception à l'ARS d'une lettre d'intention à la notification permettant de commencer les démarches de rédaction du protocole a pris en moyenne 41 jours (minimum : 20 jours ; Maximum : 82 jours). Les six protocoles en cours d'instruction à la HAS ont mis en moyenne 225 jours (1 an et 2 mois) du jour de réception par l'ARS de la première version du protocole à la transmission à la HAS, ce qui est deux fois plus long que pour les protocoles

n'ayant pas eu à passer par l'étape de la lettre d'intention. L'étude ayant porté sur les protocoles autorisés depuis plus d'un an, seules des hypothèses peuvent être émises sur l'allongement de cette durée : des exigences et des attentes plus élevées ? Des qualités de rédaction des protocoles variables ?

Les lourdeurs et les longueurs sont perçues comme un risque de découragement des équipes par deux responsables en ARS. L'une d'elles est vigilante, lorsqu'une équipe souhaite rédiger un protocole, à ce qu'il réponde à un besoin sur le long terme parce que *« le temps qu'ils écrivent le protocole et ensuite le temps que la HAS va mettre à répondre, on peut se demander si les choses n'ont pas changé entre temps ? »*. La cadre de santé supérieure se demande *« comment voulez-vous tenir les gens dans l'haleine quand il y a autant d'espace et que ça peut aller jusqu'à trois ans pour constituer un dossier ? »*. Elle souhaitait réaliser d'autres protocoles avec des équipes sous sa responsabilité, mais elle a estimé qu'aux *« vues de la complexité et du temps d'attente [elle] s'arrêtera là »*. Une difficulté qui n'est donc pas partagée uniquement par les professionnels, mais aussi par les administrations qui sont souvent en appui dans la rédaction des protocoles. Un autre risque réside dans l'évolution plus rapide des technologies et des pratiques pouvant rendre désuet un protocole avant même son autorisation.

Un dispositif lourd et mobilisant un nombre d'acteurs importants est donc un coût important. L'agence a évalué celui-ci pour quatre protocoles instruits : diabète, anticancéreux-oraux, obésité, fibroscan. En estimant le nombre de jours mobilisés sur le dossier par personne impliquée et en se basant sur le salaire annuel, charge comprise de chacun d'eux, le coût moyen serait de 11 812,5 euros pour l'ARS et 27 047,5 euros pour les professionnels de santé. Le calcul n'a pas pu être évalué pour les coûts à la HAS (mobilisation de personnel interne à la HAS ainsi que des experts).

B) Dispositif d'adhésion

Depuis fin 2013, 30 équipes adhèrent à 16 protocoles et les mettent en œuvre, représentant ainsi 190 professionnels.

Parmi les professions adhérentes à un protocole, on retrouve :

- Pour les délégués :
 - o médecins : 124

- Pour les délégués :
 - o infirmiers : 49
 - o manipulateurs d'électroradiologie médicale : 14
 - o orthoptistes : 3

Un tiers seulement des protocoles autorisés en Ile-de-France fait l'objet d'une mise en œuvre effective à la suite de l'enregistrement par l'ARS des adhésions nominatives. Ce constat signifierait que l'aboutissement de la démarche de formalisation d'un protocole de coopération pour les équipes promotrices n'est pas systématiquement sa mise en œuvre réglementaire par l'enregistrement des adhésions, alors que le but de ce dispositif est la régularisation de l'exercice non réglementé. Deux situations peuvent expliquer ce constat en fonction de si le protocole a été élaboré dans la région ou non :

Concernant les protocoles issus d'autres régions, ils ont été autorisés automatiquement par l'ARS Ile de France durant les premières années de la mise en place du dispositif. Le motif d'autorisation était qu'ils pouvaient répondre à un besoin sur le territoire et non qu'une équipe en fasse la demande pour pouvoir le mettre en œuvre comme c'est normalement le cas. Or, on constate que pour 14 des protocoles hors régions autorisées sur 21, il n'y a actuellement aucune adhésion de professionnels de santé. Autoriser les protocoles, sans demande provenant des professionnels, ne stimulerait donc pas leur mise en œuvre.

Concernant les protocoles initiés en Ile de France, seuls quatre d'entre eux n'ont aucune adhésion. Les raisons sont variées : une équipe est en attente d'autorisation de télémédecine, un délégué est en cours d'acquisition des compétences exigées par le protocole, l'unique délégué est parti et n'a pas été remplacé et enfin dans le dernier cas, le protocole concernant l'ensemble des professionnels exerçant dans l'établissement de santé, les cadres se sont découragés face à l'ampleur des documents administratifs à renseigner.

La HAS et la DGOS relèvent un faible nombre d'adhésions aux protocoles autorisés dans les régions, de manière générale. Ce constat serait dû à des critères trop contraignants à atteindre ou applicables à une organisation des soins ou un établissement donné. Ainsi, la personne en charge d'instruire les dossiers à la HAS porte une attention particulière à la « *reproductibilité* » des protocoles qu'elle autorise. Ils essaient de « *voir les conditions minimales exigées* » pour qu'un protocole soit applicable dans d'autres équipes soignantes que la

promotrice. On comprend alors la difficulté évoquée par les soignants, de devoir prendre du recul par rapport à leur pratique quotidienne et c'est ce qu'illustre Mme André, travaillant en ARS, « *Souvent les équipes promotrices raisonnent en fonction de leur besoin propre et de leur propre organisation. Donc il faut qu'ils arrivent à rédiger un protocole qui puisse s'appliquer à tous* ». Cette nouvelle exigence est une des raisons de l'allongement des procédures d'autorisation évoquées plus haut, puisqu'elles demandent un travail supplémentaire dans la rédaction.

La lourdeur des démarches d'élaboration, due principalement à la lenteur des procédures nécessaires à l'autorisation de mise en œuvre des protocoles, demande une implication personnelle importante et durable des professionnels de santé. Afin de conserver leur motivation, l'ARS a un rôle primordial à jouer dans l'accompagnement des acteurs autour du projet commun et dans la simplification des démarches administratives qui leur incombent.

2.4 Une gouvernance à clarifier ?

Trois institutions principales interviennent réglementairement dans les démarches d'élaboration d'un protocole et d'adhésion à celui-ci : la DGOS comme entité représentant l'état au niveau national, l'ARS comme pierre angulaire du dispositif et la HAS qui assure la qualité et la sécurité des soins. Récemment, on peut ajouter à ce trio, l'assurance maladie qui après avis du collège des financeurs intervient dans le financement de certains protocoles de coopération.

Les relations et la gestion du dispositif ont souvent été remises en cause dans les entretiens réalisés auprès de représentants de ces institutions.

2.4.1 Le ministère en charge de la santé : l'exercice d'une coordination réelle ?

La DGOS a un rôle de coordination des ARS depuis leur création en 2009. Concernant le dispositif de coopération, elle est à l'initiative de la rédaction des

décrets d'application et des différents types de textes réglementaires. Ainsi, elle est l'interlocutrice désignée pour répondre à toutes les questions juridiques.

Or, Mme Leroy de la HAS et Mme Arnaud, d'une des ARS, reprochent un manque de réponse ou un délai important, concernant des questions juridiques. C'est le cas notamment pour la question de la subdélégation d'un médecin à un aide-soignant comme vu précédemment. Mme Arnaud aurait aimé que « *quelqu'un se prononce au niveau national sur le plan réglementaire et ça n'a pas été le cas* ». Sans réponse, les gestionnaires du dispositif en ARS ont deux solutions : continuer d'attendre une réponse avant d'autoriser les équipes concernées à poursuivre les démarches d'élaboration d'un protocole ou bien laisser le protocole arriver jusqu'au collège de la HAS en espérant que cela oblige à une réponse. Ces deux solutions ne sont pas pleinement satisfaisantes pour les parties prenantes.

2.4.2 La HAS : une procédure transparente pour tous les acteurs ?

La longueur des procédures pour obtenir un avis sur un protocole de la HAS a été largement décrite par les professionnels de santé et les gestionnaires du dispositif en établissement et en ARS. Mais au-delà de cette difficulté, les responsables du dispositif en ARS évoquent un manque de transparence dans les démarches entreprises par la HAS.

Mme André explique que « *souvent aux collèges de la HAS, au moment de l'instruction du dossier, notamment avec certains syndicats c'est difficile. [...] Ils ont réduit fortement certains protocoles dans leur mise en œuvre parce qu'on avait des syndicats qui étaient vent debout.* » L'aspect politique de la délivrance d'un avis est ainsi supposé par les conseillères techniques en ARS et Mme Leroy qui révèle que « *sur la qualité et la sécurité [...] les ordres ont parfois un positionnement politique, parfois un positionnement professionnel, technique* ». C'est le cas par exemple de l'ordre des infirmiers qui ne répond pas aux sollicitations de la HAS « *[il] est contre le dispositif. Ils souhaitent aller directement vers de la pratique avancée, des masters, une valorisation de la profession infirmière.* »

À propos de ces experts (syndicats, ordres, associations) qui sont sollicités, Mme Arnaud pense que leur sollicitation est « *très aléatoire* ». Ainsi les

responsables en ARS ne savent pas comment ils sont choisis « *personne n'en parle* ».

Lorsque l'on regarde les procès-verbaux des collèges de la HAS, disponibles sur le site internet, on retrouve le nom des structures sollicitées qui ont émis un avis, comme l'ordre des médecins, des sociétés savantes, des syndicats représentants des professions de santé... Aucune personne ne semble être sollicitée de manière individuelle comme le sous-entendent les ARS. Mme Leroy, en charge du dispositif à la HAS, explique que deux formes d'experts sont sollicitées : « *les partis prenants (les ordres, les collèges) pour des avis assez généraux et parallèlement des avis d'expert de terrain choisis en fonction de la thématique et travaillant sur le sujet* ». Dans les procès-verbaux on retrouve des sociétés savantes ou des associations regroupant des spécialités médicales qui pourraient entrer dans ce second type d'expert.

Un troisième point pose question. Le collège de la HAS est constitué de huit membres : six médecins, un directeur d'hôpital et un inspecteur des finances. La question est souvent revenue en discussion officieuse avec les personnes rencontrées : l'absence de professionnels paramédicaux ne joue-t-elle pas contre eux ? Les médecins n'ont-ils pas tendance à protéger leurs activités, notamment dans leur spécialité d'exercice ?

Certains protocoles, ayant obtenu un avis défavorable de la HAS ou étant toujours en discussion depuis plusieurs années, interrogent les gestionnaires en ARS sur les réels motifs des réticences.

Une seule personne est dédiée au suivi des protocoles de coopération à la HAS. Une situation qui peut expliquer la longueur pour rendre un avis. Mais cela questionne aussi Mme André et lui « *pose problème, au niveau national, de la volonté de faire avancer les protocoles de coopération. Si on ne se donne pas les moyens de faire avancer les dossiers, ça n'avance pas sur le terrain.* »

Une plus grande transparence de l'action de la HAS et un renforcement des moyens seraient donc attendus par les différentes parties prenantes.

2.4.3 Une implication variable des ARS

Les ARS ont été créées dans le même temps que le dispositif de coopération (loi HPST). Mme Moreau, de la DGOS, explique alors que « *Certaines [ARS] ont dit au début que [la coopération] n'était pas leur priorité* ». Une partie des ARS ont ainsi « *mis du temps à rentrer dans la démarche* » et « *ça a été un processus un peu long pour s'emparer de l'outil* ». Ainsi les premiers protocoles reçus à la HAS étaient de qualité variable en fonction du degré d'implication de l'ARS dans le dispositif. Mme Leroy de la HAS perçoit que certaines « *régions sont plus dynamiques que d'autres* ». Elle y voit plusieurs raisons : « *les référents ARS tournent dans certaines régions* » ou encore « *certain référents sont plus spécifiques [sur les protocoles], d'autres font tellement de choses qu'ils n'ont peut-être pas le temps [à y consacrer]* ». L'une des gestionnaires en ARS, Mme Arnaud, évoque aussi un turn-over important des référents du dispositif « *il y a beaucoup de changement aussi dans les ARS* ». Ces changements récurrents seraient un frein au développement des coopérations. Les personnes étant obligées de passer par un temps de formation et d'appropriation du dispositif après chaque changement de poste.

La gouvernance du dispositif, si elle est clairement décrite dans les textes réglementaires semblent moins effective dans sa mise en œuvre. La communication entre les trois entités : DGOS, HAS, ARS devraient être renforcé.

3 Finalité du dispositif

Au-delà de l'objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge des usagers ainsi que leur parcours, le dispositif de coopération devait participer à la mutation des métiers de la santé pour s'adapter aux nouveaux enjeux. Les actes et activités des métiers socles aurait dû être repensés, ainsi que la possibilité de créer de nouveaux métiers dit « intermédiaires » voir de la pratique avancée.

3.1 L'évolution de métiers socles

La mise en œuvre du dispositif de coopération avait pour objectif, comme vu précédemment, de mener « une réflexion sur les activités et les compétences des métiers socles. L'enjeu même de la coopération était « d'expérimenter des transferts de tâches s'opérant entre professionnels de santé dans la perspective d'inscrire à titre définitif et non plus dérogatoire les actes et activités de soins réalisés en lieu et place d'un médecin sur la liste des actes ou prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie » (Article L. 162-1-7 CSP).

Dès lors, Mme Moreau de la DGOS explique que « la coopération n'est pas une fin en soi, c'est un processus pour faire bouger un peu les consciences et les lignes de partage entre les professionnels de santé ». La loi HPST avait ainsi prévu aux alinéas 6 et 7 de l'article 51 que la HAS pouvait étendre un protocole de coopération sur tout le territoire national et que ces protocoles étendus seraient « intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé ». Forcé de constater, depuis la création du dispositif, que le périmètre des métiers socles est resté le même et qu'aucun protocole n'a été étendu sur l'ensemble du territoire national. De plus, aucun groupe de travail au ministère de la Santé ne semble se pencher sur la question.

Pourtant, des modifications ont été apportées à certains métiers socles de la santé depuis 2009 : leurs formations initiales ont été réformées. En effet, depuis 2006, s'est engagé l'« universitarisation » des formations paramédicales sous l'impulsion du processus de Bologne¹⁶.

¹⁶ Il vise à mettre en place un système d'enseignement supérieur européen plus facilement comparable, compatible et cohérent et se fonde sur trois grands principes : Organiser les études en trois cycles (Licence, Master, Doctorat ; Développer les outils de reconnaissance académique et

Les formations des infirmiers, puis des ergothérapeutes, des pédicures podologues, des manipulateurs d'électroradiologie, des infirmiers anesthésistes, des orthophonistes ont vu leur formation s'imprégner de ces grands principes. Les autres professions paramédicales sont à l'heure actuelle toujours en cours de réingénierie ou en attente des décrets d'application.

Pour autant, ces réformes n'ont pas permis d'intégrer de nouvelles activités ou compétences dans la formation initiale. Cependant, la construction en niveau licence de la plupart de ces formations (seuls les orthophonistes sont reconnus au niveau master et bientôt les kinésithérapeutes) permet de positionner plus facilement des niveaux master. Des métiers « intermédiaires » d'expertise, de pratique avancée ou de clinique peuvent donc se développer.

3.2 L'articulation du dispositif avec les pratiques avancées

Lorsque l'on s'arrête sur les termes employés pour décrire le dispositif de coopération (« transferts d'activités », « réorganisation des interventions »), mais aussi si l'on s'attache aux raisons qui ont amené à le créer (désertification médicale, augmentation des pathologies chroniques et du vieillissement de la population et attractivité des carrières soignantes), cela fait écho avec un autre sujet d'actualité qui a animé les débats sur la loi de modernisation de notre système de santé : la création des pratiques avancées (article 119).

Les interventions dans le cadre d'une pratique avancée, tel que définie dans la loi, peuvent concerner les auxiliaires médicaux et comporter :

- des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
- des actes d'évaluation et de conclusion cliniques, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ;
- des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examen complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

La lecture de ces trois catégories d'activités peut faire penser à des protocoles de coopération existants. Les décrets d'application concernant la pratique avancée

professionnelle par la mise en place notamment des European Credit Transfer and accumulation System, du supplément au diplôme,... ; Mettre en place une démarche qualité.

ne sont pas encore parus et les réflexions au niveau du ministère en charge de la santé ne semblent pas encore abouties. À ce jour, aucun lien ne semble être fait entre ces dispositifs, qui sont donc amenés à se juxtaposer. Le second risquant de faire oublier le premier, sans avoir tiré les bénéfices et limites réels de celui-ci.

Conclusion

Le développement des coopérations est un dispositif innovant devant permettre, en partie, au système de santé d'évoluer pour répondre au mieux aux attentes de la santé. Quinze ans après les prémices de ce que devrait être les « délégations de tâches », les débats se sont élevés, enrichis et ont amené d'autres sujets comme les « transferts de compétences », « la recherche clinique » et bien sûr les pratiques avancées. Ces réflexions ont débuté et mûri depuis plus d'un demi-siècle dans les pays anglo-saxons. Elles auront mis plus de temps à atteindre le système de santé français, sûrement impacté plus tardivement par les questions de désertification de l'offre médicale.

Le dispositif de coopération a fait évoluer l'utilisation des décrets d'actes et d'activités en permettant d'y déroger. En revanche, il n'a pas modifié l'instrument, encore utilisé : les décrets. Si le nombre de protocoles de coopération autorisés et mis en place en France augmente chaque année, il ne concerne encore qu'une minorité de soignants et d'unités de soins. Cependant, le dispositif a rendu possible l'innovation au sein des organisations soignantes dans un cadre réglementaire sécurisé malgré les difficultés encore rencontrées dans sa mise en œuvre.

Cinq ans après sa mise en œuvre, aucun protocole n'a été étendu nationalement, ne permettant pas l'évolution des métiers socles. En parallèle, la pratique avancée va se développer et ouvrir des possibilités d'évolutions professionnelles à un niveau intermédiaire pour les soignants. Des consultations, des nouveaux modes d'organisations, des diagnostics et des prescriptions par un soignant ont d'ores et déjà été rendus possibles par les protocoles de coopération. La pratique avancée prévoyant de renforcer les consultations soignantes et les prérogatives des soignants, les protocoles sont-ils amenés à devenir un outil pour créer un cadre réglementaire à ces pratiques ? Ou les décrets d'applications de la pratique avancée vont-ils décrire très précisément ce qu'est autorisé à faire, ou non, un soignant dans l'exercice de la pratique avancée sans lien avec les coopérations ? Si cette deuxième solution, la plus probable, est retenue, que deviendront les protocoles de coopération ? Un dispositif à la marge, pour régulariser des pratiques rares mais nécessaires dans certains contextes ? Ou est-il voué à

disparaître sans avoir vraiment accompli sa mission : repenser les périmètres des métiers socles.

Les coopérations et les débats qui auront accompagné leurs mises en œuvre, auront, certainement, fait évoluer les représentations de chaque professionnel et remis en question ou au moins atténué la supériorité du médecin sur les autres professions. Après le renforcement de l'autonomie médicale, au cours des derniers siècles, ayant conduit à une hégémonie des médecins, les soignants sont en train de s'extraire d'un rôle d'exécutant, répondant aux attributions octroyées par le monde médical.

En rendant les barrières entre le champ paramédical et médical plus perméables, en favorisant le travail en coopération, et l'interdisciplinarité, le terrain devrait être plus propice à l'innovation et aux changements pour un système de santé efficient à la ville comme en établissement de santé.

Partie 2 : Analyse réflexive de la mission

« La réflexivité, c'est être capable de se distancier, aussi bien par rapport à la situation que par rapport à ses pratiques pour expliquer la façon dont on s'y est pris et ainsi faire évoluer la pratique en transposant et transférant » (Le Botef, 2011).

L'analyse réflexive est une pratique récurrente lors de la licence en soins infirmiers depuis la réforme des études de 2009. Prendre du recul sur le déroulement de la mission de stage est donc au là de la commande, un moyen de boucler la boucle puisque la question de départ de mon mémoire de licence était le suivant : « La réflexivité devant permettre aux professionnels de santé de mieux appréhender certaines situations, de transférer leurs connaissances, va-t-elle ainsi être un facteur d'amélioration de la qualité des soins ? »

Dans un premier temps, nous reviendrons sur l'organisation de l'ARS Ile de France afin de comprendre dans quel contexte s'est inscrit mon stage. Dans un deuxième temps, nous analyserons le déroulement de la mission, les bénéfices et les limites que l'on peut en ressortir.

1 L'Agence Régionale de Santé Ile de France

Les vingt dernières années ont été marquées par une territorialisation progressive du système de santé aboutissant à la création des ARS en 2009. Dès 1991, la loi hospitalière inscrit les régions comme « le niveau optimal de la planification et de la coordination des actions et des acteurs » et crée le schéma régional d'organisation des soins (SROS). Les ordonnances dites Jupé de 1996 créent les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) qui étaient des autorités de décisions cohérentes puisqu'elles réunissaient décideurs (État) et financeurs (Assurance Maladie). Compétentes pour l'hospitalisation publique et privée, elles se transformeront en ARS suite à la loi HPST.

Les ARS, telles que définies par la loi¹⁷, ont pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional, des objectifs définis nationalement, des principes de l'action sociale et médico-sociale et de la sécurité sociale. Ainsi, contrairement aux anciennes ARH, elles sont compétentes sur la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins, à l'ambulatoire, à l'hôpital, à l'accompagnement médico-social.

L'ARS Ile de France est structurée en directions et en pôles de compétences (Annexe 5 - Organigramme). On compte trois directions thématiques : la direction de la stratégie, la direction de l'offre de soins et médico-sociale (DOSSMS) et la direction de la santé publique. S'ajoutent huit délégations départementales couvrant ainsi l'ensemble du territoire.

C'est au sein de la DOSSMS qu'est rattaché le pôle ressources humaines en santé ayant entre autres compétences le suivi et la mise en œuvre du dispositif de coopération.

1.1 Le pôle ressources humaines en santé

Le pôle ressources humaines en santé est compétent sur les questions relevant de la formation des professions de santé médicales et paramédicales, de la démographie et de l'usage des titres professionnels, des parcours professionnels dans la limite de ses compétences confiées par le législateur.

Des entretiens avec chacun des responsables de service du pôle, m'ont permis d'appréhender les différentes missions rattachées aux ressources humaines en santé.

La formation des professions sanitaires et médico-sociales est une compétence du conseil régional. Mais, si l'agence n'a pas un rôle décisionnaire dans le cadre de la formation de ces professionnels, elle est compétente sur le volet pédagogique et préside, notamment, les conseils pédagogiques de ces établissements de formation. Elle anime le réseau des directeurs de ces derniers et participe aux réflexions et groupes de travail nationaux. Dans le cadre de la

¹⁷ Définie à l'article 118 de la loi HPST de 2009.

promotion des professions de santé, l'agence a fait le choix de mettre en avant, ces dernières années, la recherche et l'innovation pédagogique.

Concernant les formations médicales, en dehors des sages-femmes dont l'universitarisation est en cours, l'ARS est compétente sur la gestion des internats d'odontologie, de pharmacie et de médecine dans la région. Elle n'intervient pas directement dans leur formation initiale.

Au sujet de la démographie des professionnels de santé, elle est consultée, pour avis, par le ministère en charge de la santé, sur le nombre de professionnels de santé à former dans la région pour celles soumises à un quota (infirmiers, psychomotriciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, audioprothésistes et orthoptistes) ainsi que pour le nombre de places par spécialité médicale aux épreuves classantes nationales (ECN) de médecine.

À propos des parcours professionnels, l'ARS Ile de France met en place des mesures incitatives pour l'installation de professionnels de santé libéraux dans les zones dites sous-dotées¹⁸ comme le contrat d'engagement de service public (CESP), l'aide au projet de regroupement en maison de santé ou autre structure d'exercice collectif. L'agence finance aussi des formations pour les professionnels de santé et met en place des aides au départ (à la retraite ou en réorientation professionnelle).

L'ARS Ile de France est chargée de vérifier les usages de titre de certaines professions réglementées, mais qui ne sont pas dites de « santé » comme les ostéopathes, les chiropraticiens, les psychothérapeutes. Elle est aussi responsable des autorisations d'exercice pour les médecins extracommunautaires hors ou intra union européenne et doit ainsi vérifier le niveau de connaissances, leur permettre de réaliser un stage de 1 à 3 ans suivant les textes et de réunir des commissions d'autorisation pour l'inscription à l'ordre des médecins. L'amélioration des conditions de travail est aussi une priorité actuelle de l'agence qui par son fonds d'intervention régionale finance un projet « Ensemble pour la santé » qui vise à financer des projets de prévention des risques psychosociaux et des troubles musculo-squelettiques.

¹⁸ Il s'agit de zone déficitaire en médecins ou autres professions de santé, rendant inégal l'accès aux soins sur le territoire.

1.2 Le dispositif de coopération : un accompagnement de proximité au quotidien

Les responsables du dispositif de coopération au sein de l'ARS sont présents pour répondre aux interrogations des professionnels de santé, à leur demande d'information. Mais bien plus encore, ils les accompagnent tout au long de leur projet de coopération, les relancent pour obtenir des informations ou faire avancer les dossiers, les rencontrent pour réaliser des points d'étape... Au-delà de l'appui méthodologique, ils recherchent aussi en permanence des moyens pour redynamiser les équipes et éviter l'abandon d'un projet. Un travail important est réalisé en parallèle avec les responsables de l'encadrement des équipes : directeurs des soins, cadres de santé, responsable du dispositif dans l'établissement...

Dans cette mission d'accompagnement, l'ARS rencontre certaines difficultés. Malgré les consignes données à de nombreuses reprises aux équipes sur les modalités de renseignement d'un protocole de coopération ou sur les documents nécessaires et leurs mises à jour pour les adhésions, nous avons perçu une différence d'appropriation majeure des règles et conseils. En effet, les protocoles qui parviennent à l'ARS sont de qualité variable. Nous n'avons pas identifié à ce jour de véritable raison à ce phénomène puisqu'elles sont différentes d'une équipe à une autre et cela même au sein du même établissement.

Les personnes en charge du dispositif s'interrogent régulièrement sur les moyens à mettre en œuvre pour pallier à ces difficultés. À l'heure actuelle, les protocoles sont renvoyés aux professionnels avec des orientations à suivre et les éléments à modifier. Ils doivent donc eux-mêmes améliorer et corriger le document engendrant des contraintes liées aux agendas des acteurs pour pouvoir s'y consacrer. Ce sont ces mêmes allers-retours que nous avons développés dans la première partie et qui sont l'une des causes de la lourdeur du dispositif. Cependant, cette étape de rédaction en toute autonomie permet une appropriation du contenu par les acteurs et cela semble primordial.

Une autre solution, la plus évidente de prime abord serait d'intervenir dans la rédaction, de modifier directement le contenu à leur place puis de leur soumettre les éléments.

Mais l'échange entre les professionnels de santé d'une équipe et l'appropriation du contenu du protocole est primordiale. Rediscuter les points à modifier prend du

temps, mais c'est peut-être du temps de gagné sur la mise en œuvre et la compréhension par tous du dispositif.

Le choix a donc été fait de ne pas intervenir « à la place » des équipes, mais de mettre en place des modèles de lettre d'intention et de protocole pour faciliter la compréhension de ce qui est attendu.

2 Analyse de la mission confiée

Réalisé un stage dans une ARS a été motivé par l'envie de comprendre son rôle et son action sur le territoire. Si l'on connaît les missions et les activités confiées par la loi aux agences sous un angle théorique, leur modalité de fonctionnement et leur organisation en interne semblent plus complexes de l'extérieur. Les ARS ont une délégation de pouvoirs, une autonomie renforcée et sont donc des institutions centrales dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques régionales de santé. Depuis leur création, les départements, les préfetures et les régions n'ont plus que des attributions résiduelles concernant les questions de santé.

Ainsi, en menant ma mission au sein du siège de l'ARS Ile de France j'ai pu découvrir son fonctionnement et son organisation, mais aussi le rôle et les missions de ses agents. Le dispositif de coopération est un outil directement mis en place par les équipes et créé à leur initiative, comme nous l'avons vu. J'ai ainsi découvert cette mission importante d'accompagnement des acteurs de terrain par l'ARS.

2.1 Évaluer ou réaliser un bilan ?

Un travail de définition de l'objectif de la mission a été nécessaire au début du stage. « Evaluer » est défini par la Commission Européenne (1995) comme une « analyse permettant de mettre à disposition des autorités et des citoyens des informations sur les résultats de l'action publique ». Il s'agissait donc bien de rendre compte des actions de l'ARS et des professionnels de santé au niveau de l'Ile de France. Pour Freeman, c'est aussi « se préoccuper de l'utilité de la mise en œuvre de l'efficacité et de l'efficience des mesures qui ont pour but d'améliorer le sort des membres de la société » (Freeman, Rossi, Lipsey, 2004). Il ne s'agissait

pas de proposer des actions correctrices ou de porter un jugement sur l'intervention, mais bien de décrire l'action réalisée. Ainsi, l'objectif n'était pas de proposer des mesures visant à améliorer la gestion du dispositif par l'ARS, comme pourrait le faire un audit.

L'évaluation demandée intervenait à une étape intermédiaire et visait à apprécier la mise en œuvre d'une intervention en cours. Elle visait à produire des connaissances sur les actions menées et notamment sur leurs effets dans le but de permettre à chacun d'en apprécier la valeur.

La société française de l'évaluation, constituée en 1999, a adopté en 2003 une charte de l'évaluation¹⁹, actualisée en 2006. Elle fixe sept principes à l'évaluation en France :

- La pluralité : il s'agit de prendre en compte de façon raisonnée les différents intérêts en présence et de recueillir la diversité des points de vue pertinents sur l'action évaluée. Il est ainsi recommandé d'associer les différentes parties prenantes concernées.

On peut regretter pour ce principe que le collège des financeurs, la DSS, des associations d'usagers et un échantillon d'experts consultés par la HAS n'aient pas été rencontrés.

- Distanciation : l'évaluation est conduite de façon impartiale.

Le processus d'évaluation normalement conduit de façon autonome par rapport aux processus de gestion et de décision n'était pas complètement respecté ici. En effet ; l'évaluation a été réalisée conjointement avec l'une des chargées de projet et supervisée par la responsable du dispositif. Toutefois les échanges et les débats d'idées ont pu avoir lieu sereinement. Le document final devait se limiter à décrire et relater des faits et non pas faire état d'une analyse poussée.

- Compétence : il s'agit de mobiliser les compétences spécifiques en matière de conception et de conduite de l'évaluation.

¹⁹ Charte de l'évaluation est disponible en ligne sur : <http://sfe-asso.e-monsite.com/medias/files/sfe-plaquette-charte.pdf>

L'évaluation a été élaborée et conduite avec l'appui méthodologique et les connaissances acquises lors de l'UE 19 du master concernant l'évaluation.

- Respect des personnes : il s'agit de respecter les droits, l'intégrité et la sécurité de toutes les parties concernées.

Ce principe a été respecté notamment par l'anonymisation des entretiens, la confidentialité des informations données comme telle et par l'attention portée aux échanges avec chacune des personnes rencontrées.

- Transparence : Il s'agit de présenter les résultats par un exposé clair de son objet, de ses finalités, de ses destinataires, des questions posées, des méthodes employées et de leurs limites, ainsi que des arguments et critères qui conduisent à ces évaluations

Le document rendu à la fin du stage n'était pas encore entièrement achevé cependant ils rendaient compte des éléments cités précédemment. L'enchaînement des idées, permettant une lecture fluide, devait être retravaillé.

- Opportunité : L'évaluation doit être décidée lorsqu'elle est susceptible de produire des résultats à l'égard des finalités suivantes : compte rendu démocratique, efficacité de la dépense, apprentissage organisationnel, facilitation d'évaluations ultérieures.

L'évaluation réalisée a permis de recueillir des informations qui pourront resservir à l'agence. En revanche l'ARS n'a pas la possibilité de faire évoluer le dispositif sans l'intervention de la DGOS sur le plan juridique. L'unique marge de manœuvre de l'ARS est de faire évoluer ses pratiques vis-à-vis des différentes parties prenantes ou d'interpeller les décideurs.

- La responsabilité : la répartition des rôles entre les différents acteurs de l'évaluation est établie dès le départ de façon à ce que toutes les fonctions de celle-ci soient bien prises en charge.

La répartition des rôles avait été inscrite dans le pré-projet d'évaluation.

2.2 Réalisation de la mission : étape par étape

Lors de l'arrivée en stage, une fiche projet avait commencé à être rédigée et un ensemble d'articles parus sur la thématique m'a été remis et m'a permis de m'imprégner du sujet et de la commande. C'est à partir de cette ébauche de fiche projet que nous avons élaboré le document intitulé « pré-projet » qui devait guider le déroulement de la mission (Annexe 1). Le pré-projet a permis de définir clairement l'objectif de l'étude, les questions évaluatives et d'établir la méthodologie de recueil de données. Celui-ci a été validé à la fois par la tutrice du stage et la responsable pédagogique de l'EHESP.

Une fois ce cadre posé, la deuxième partie du stage consistait à recueillir et analyser les données. Une revue de la littérature et son analyse a d'abord été réalisée. Elle devait permettre :

- de connaître la réglementation qui encadre le dispositif et son évolution historique ;
- d'identifier les problématiques ou les freins rencontrés ou identifiés dans la mise en place de protocole de coopération
- d'identifier les jeux d'acteurs : positionnement des professionnels, des institutions vis-à-vis des coopérations.

Les entretiens semi-directifs ont été effectués sur la période du 15 mars au 7 mai et une analyse quantitative a été réalisée comme nous l'avons vu précédemment.

Tout au long du stage, j'ai pu suivre les réunions, les temps d'échange, le suivi des procédures en lien avec le dispositif de coopération. Ce temps d'observation était important pour comprendre les démarches, mais aussi identifier des difficultés, des freins rencontrés par les personnes en charge de l'instruction des dossiers.

La troisième phase du stage consistait au travail de rédaction afin de produire un document de synthèse faisant le bilan du dispositif sur ces cinq dernières années. Enfin, la dernière étape devait consister à préparer des supports de communication.

Si l'échéancier a été respecté sur la première moitié du stage, l'étape de rédaction a été plus longue et a empêché la réalisation en fin de stage de support de

communication sur le sujet. En laissant des personnes extérieures relire le document de synthèse par étape, j'aurais pu bénéficier d'un regard extérieur. Celui-ci aurait alors enrichi ma réflexion et permis de réajuster plus rapidement ce qui était nécessaire. Le respect des dead-line peut être primordial au sein d'une ARS en fonction des missions et de la responsabilité confiée. Il est nécessaire que je sois vigilante sur ce point dans le futur.

2.3 Difficultés et bénéfiques du travail réalisé

La mission qui m'a été confiée, a immédiatement suscité mon intérêt. Mon parcours antérieur m'a amenée à porter une réflexion sur l'avenir des professions de santé dans notre société. Membre d'une organisation étudiante, j'ai collaboré avec des étudiants de toutes les filières de santé pour monter des projets en interdisciplinarités, partager et échanger sur l'avenir de nos futures professions. Le développement des coopérations, de l'interprofessionnalité et de la recherche clinique représente pour moi un levier important à l'adaptation des professions de santé à la société d'aujourd'hui et de demain. Si la connaissance du sujet était un avantage, les préjugés concernant le dispositif de coopération étaient un frein à surmonter.

Alors qu'en 2013 j'interpellais avec le mandat de la fédération étudiante que je présidais, le ministère en charge de la santé pour dénoncer les vices de l'article 51, convaincue qu'il serait un frein à la mise en place pleine et entière des pratiques avancées, je devais, trois ans plus tard aborder à nouveau cette question avec une certaine neutralité. Ainsi le stage m'aura permis de requestionner cette thématique, d'ajuster mon positionnement et de l'appréhender avec un autre regard.

La capacité à remettre en question ses connaissances et ses jugements sont pour moi des qualités professionnelles importantes et j'espère avoir réussi à relever ce défi.

Le déroulement de la mission m'a offert la possibilité de mettre en application les connaissances théoriques acquises lors des deux années de master. J'ai ainsi mobilisé les connaissances et les outils en gestion de projet et évaluation d'une

politique publique, mais aussi les enseignements de master 1 sur les méthodologies d'analyse qualitative et quantitative.

L'accompagnement rigoureux de ma tutrice de stage m'a permis indéniablement de développer des connaissances et des compétences complémentaires à l'enseignement en master. Son enseignement a révélé les marges de progression que je pouvais acquérir notamment sur ma capacité à structurer mes idées à l'écrit, à nuancer et contextualiser mes propos et surtout à m'organiser pour respecter les deadlines et à ne pas avoir peur du jugement de l'autre sur mon travail. La volonté de rendre des travaux les plus aboutis possibles m'ont effectivement empêché de rendre certains documents en temps et en heure alors même qu'un regard extérieur m'aurait donné la possibilité de faire évoluer les rendus plus rapidement. Je sais dorénavant que je dois être vigilante à ces points d'attention lors de mon insertion professionnelle.

Lors de mon stage de master 1 à la fédération hospitalière, la mise en confiance rapide de ma tutrice de stage de l'époque m'avait autorisée à prendre des initiatives, à proposer des orientations et de nouveaux projets. Ainsi, j'avais pu prendre une certaine autonomie tout en ayant conscience de la responsabilité qui l'accompagne. Lors de ce second stage, ce manque de possibilité d'auto-investissement aura peut-être été limitant dans ma capacité à me projeter dans l'organisation et mon épanouissement plein et entier.

Le renforcement des coopérations entre professionnels de santé fait partie des enjeux que doit relever le système de santé français pour une meilleure répartition des activités entre professionnels de santé. Avoir une connaissance approfondie du dispositif de coopération et de son application est un véritable avantage pour entrer dans le monde professionnel. Touchant à la fois les problématiques liées aux professionnels de santé, le dispositif est aussi un outil parmi d'autres pour repenser l'organisation des soins primaires. De plus, travailler au sein d'une ARS m'a permis de mieux appréhender son fonctionnement et ses missions et cela peut être un avantage dans mon insertion future.

2.4 Le positionnement du conseiller technique au sein du pôle

Des professionnels paramédicaux expérimentés, appartenant au corps des directeurs des soins²⁰ de la fonction publique hospitalière, sont présents dans les ARS en tant que conseillers techniques et/ou pédagogiques régionaux. Peuvent exercer à ces fonctions, les directeurs des soins ayant une expérience d'au moins cinq ans dans une équipe de direction en établissements de santé et/ou dans un institut de formation des professionnels paramédicaux.

Les missions du conseiller technique en ARS sont définies par l'arrêté du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Ils ont une fonction dans le domaine de la santé publique et de l'animation et l'information des professionnels de santé.

De par leur connaissance et leur expérience dans le champ de la santé et plus particulièrement des soins, ils apportent une expertise et une aide à la décision à la fois technique et stratégique des ARS. Ainsi les conseillers participent activement à la mise en œuvre des politiques publiques et contribuent à la réalisation des missions de l'ARS.

Leur positionnement dans l'organigramme de l'ARS est variable selon les régions. Parfois directement présents dans l'équipe de direction, ils peuvent aussi être positionnés dans des directions ou des pôles. Au sein de l'ARS Ile de France, la conseillère technique est rattachée au directeur du pôle ressources humaines en santé. Elle supervise une chargée de projet et une assistante projet.

Responsable du suivi et de la mise en œuvre du dispositif de coopération, elle est aussi en charge du pilotage de différents projets comme celui de préfiguration des infirmiers cliniciens (PrefiCS) ou encore du référencement des formations et compétences des acteurs de la chirurgie ambulatoire. Plus largement elles participent aux réflexions et travaux qui concernent les activités de soins et contribuent à la veille sanitaire et à la gestion des risques.

²⁰ Les directeurs des soins sont formés à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique après réussite à un concours national. Ils doivent avoir 5 ans d'expérience professionnelle en tant que soignant et 5 d'expérience en tant que cadre de santé.

Bibliographie

Sources primaires :

Abadie, M-H. Bressand, M. Husson, R. *Réflexion autour des partages de tâches et de compétences entre professionnels de santé*. Paris, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports, et de la Vie associative, 2008, 71 p.

Agence Régionale de Santé Ile de France. Plan stratégique régional de santé. Paris, 2011, 124 p. [En ligne]. Disponible sur internet : <http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/psrs-idf-2011.pdf>

Ambroise-Thomas, P. (dir.). « Rapport. Propositions pour améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes ». *Bulletin Académie nationale de Médecine*, n° 2, 2005, p. 407-415.

Anger, E. Gimbert, V. « Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1) Les coopérations entre professionnels de santé ». *La note d'analyse, questions sociales*, n°254, 2011, 12p.

APM. « Démographie médicale : davantage de spécialistes et moins de généralistes ». *APM*, 07GK1010, Paris, 1996.

APM. « L'ordre des médecins alarmiste sur la démographie médicale ». *APM*, n° HMFLG002, Paris, 2002.

APM. « Une expérience de transfert de compétences des ophtalmologistes aux orthophonistes dans la Sarthe ». *APM*, SLGE7002, Paris, 2003.

APM. « Démographie des professions de santé : Jean-François Mattei confie une nouvelle mission à Yvon Berland ». *APM*, SNGD7002, Paris, 2003.

APM. « HPST : un projet d'arrêté détaille le contenu du protocole de coopération entre professionnels de santé ». *APM*, MHMJC001, Paris, 2009.

APM. « HPST : parution de l'arrêté détaillant les modalités de coopération entre professionnels de santé ». *APM*, MNHNAF002, Paris, 2010.

APM. « HPST : la FNI a déposé un recours en Conseil d'État contre l'arrêté sur la coopération des professionnels de sante ». *APM*, MHNCN003, Paris, 2010.

APM. « Le ministère de la santé ne modifiera pas l'arrêté sur la coopération des professionnels de sante ». *APM*, VGNF7002, Paris, 2010.

APM. « Coopération des professionnels de santé : le Ciss dépose également un recours en Conseil d'État contre l'arrêté ». *APM*, MHNGR003, Paris, 2010.

APM. « Coopération entre professionnels de santé : l'ensemble des ordres désapprouvent l'arrêté paru vendredi ». *APM*, MHNAF004, Paris, 2010.

Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. « Les protocoles de coopération entre professionnels de santé : Quatre équipes de l'AP-HP vous en parle ». *Transmission*, n°49, 2014, 7p.

Berland, Y. (**dir.**) et al. *Mission « démographie des professions de santé »*. Paris, Tome 1, 2002, 113 p.

Berland, Y. *Mission « coopération des professions de santé : le transfert de taches et de compétences »*. Paris, 2003, 57 p.

Berland, Y. Cadet, D. et Hénart L. *Rapport relatif aux métiers de santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. Paris, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2010, 57 p.

Berland, Y. Bourgeuil, Y. *Rapport. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*. Paris, ONDPS, 2006, 70 p.

Berland, Y. Bourgeuil, Y. (dir.) et al. « Evolution des métiers de la santé. Coopérations entre professionnels ». *Adsp*, n° 70, 2010, 65 p.

Bourgeuil, Y. Marek, A. Mousquès, J. *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières*. Paris, DREES, 2006, 257 p.

Bourgeuil, Y. « Les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification ». *Adsp*, n° 70, 2010, p 30.

Bressand, M. Abadie, M-H. Husson, R. *Rapport à Madame la Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports, et de la Vie associative. Mission « Réflexion autour des partages de tâches et de compétences entre professionnels de santé »*. Paris, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports, et de la vie associative, 2008, 71 p.

Chevillotte, J. « Premier protocole de coopération entre professionnels de santé ». *La revue de l'infirmière*, n° 174, 2011, p. 8.

CNEH. *Réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations – coopération entre professionnels de santé*. Paris, CNEH HAS, 2008, p 108.

Coldefy, M. Com-Ruelle, L. Lucas-Gabrielli, V. (Irdes) « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine ». *Questions d'économie de la santé*, n° 164, 2011, p1-8.

Debelleix, E. « Protocoles de coopération « l'expérience est riches de possibles » », *L'infirmière magazine*, n° 320, 2013, p. 28-29.

Dejours, C. « Coopération et construction de l'identité en situation de travail », *Futur antérieur* [en ligne], n°16, V2, 1993, 12 p. [Consulté le 02/07/2016] Disponible à l'adresse : <http://www.multitudes.net/Cooperation-et-construction-de-l/>

Devers, G. « Les nouvelles coopérations entre professionnels de santé et l'exercice illégal des professions de santé (Article 51 de la loi HPST) ». *Droit, déontologie et soin*, V 11, n° 3, 2011, p. 310-321.

Debout, C. (**dir.**) and al. « Dossier - Les nouvelles coopérations des professions de santé ». *Soins*, n° 75, 2010, p. 35-59.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. « Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers ». *Etudes et résultats*, n°873, 2014, 8p.

Fédération Hospitalière de France. *Propositions pour la mise en œuvre des recommandations du « Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire »*. Paris, FHF, 2012, 50 p.

Fédération Hospitalière de France. « Professionnels de santé : pourquoi les coopérations tardent-elles à se mettre en place ? ». *Interactions*, n° 3, 2011, p. 12-14.

Formarier, M. « La relation de soin, concepts et finalités », *Recherche en soins infirmiers*, n° 89, 2007, p 33-42.

Fortin, S. et Maynard, S. « Progrès de la médecine, progrès technologiques et pratiques cliniques : les soignants se racontent ». *Anthropologie & santé* [en ligne], Paris, n° 5, 2012. [Consulté le 02/03/2016] Disponible à l'adresse : <https://anthropologiesante.revues.org/1015#ftn11>

Gartau, N. Jovic, L. Martin, J-R. « La coopération entre professionnels de santé ». *Soins*, Tiré à part n° 792 à 800, 2015 20p.

Génisson, C. et Milon, A. *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé*. Paris, Sénat, n°318, 2014, 55p.

Hamard, H. « Rapport. Sur la situation actuelle de la profession d'ophtalmologiste ». *Bulletin Académie nationale de Médecine*, n°4, 1997, p.773-777.

Haute Autorité de Santé. *Projet de recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS soumis à la consultation publique. Délégation, Transferts, Nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé*. Paris, 2007, 61 p.

Haute Autorité de Santé. *Rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaume : Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé* ». Paris, HAS, 2007, 320 p.

Haute Autorité de Santé. *Coopération entre professionnels de santé. Guide méthodologique tome 2. Élaboration d'un protocole de coopération Article 51 de la loi HPST*. Paris, HAS-SDIP, 2010, 55 p.

Haute Autorité de Santé. *Les protocoles de coopération art 51. Bilan du dispositif. Evaluation 2014*. Paris, HAS, 2015, 147 p.

Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. *La coopération entre professionnels de santé*. Paris, 2014, 24 p.

Jovic, L. « Notre objectif : optimiser les soins ». *Transmissions*, n° 48, 2014, p. 5.

Kranklader, E. « Evolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts ». *Dossiers solidarité et Santé* [en ligne], Paris, DREES, n° 25, 2012, 28 p. [Consulté le 02/03/2016] Disponible à l'adresse : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article25.pdf>

Krempf, M. *Rapport sur l'évolution du métier de diététicien*. Ministère en charge de la santé, 2002, 40p

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. *Pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques*. Plan 2007-2011, Paris, 2007, 32 p.

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. « Expérimentation des nouveaux modes de rémunération, dernière ligne droite ». *Acteurs magazine*, n° 164, 2014, p. 8.

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. « Décryptage – quand les professionnels de santé coopèrent ». *Acteurs magazine*, n° 147, 2012, p. 4-6.

Mousquès, J. (dir), Bourgueil, Y. and al. *La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE*. IRDES, Rapport n° 544, Paris, 2008, 143 p.

MULLER, P. *Les Politiques publiques*. Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2009, 128 p.

Penfornis, A. « La coopération des professions de santé : une triple nécessité et une triple exigence » *ADSP*, n° 70, 2010, p. 2.

Surbled, M. « Coopération : quand les infirmiers exécutent des actes médicaux ». *Actusoins*, n° 7, 2013, p. 12-14.

Tabuteau, D. « Loi Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! ». *Santé Publique*, V22, 2010, p. 78-90.

Vas, A. Vande Verlde, B. « La résistance au changement revisitée du top management à la base : une étude exploratoire ». *IXe conférence internationale de management stratégique, « perspective en management stratégique » [en ligne]*, Montpellier, 2000, 27 p. [Consulté le 18/08/2016] Disponible sur : <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/14-ixeme-conference-de-l->

[aims/communications/2505-la-resistance-au-changement-revisitee-du-top-management-a-la-base-une-etude-exploratoire/download](https://aims.communications/2505-la-resistance-au-changement-revisitee-du-top-management-a-la-base-une-etude-exploratoire/download)

Vayssette, P. « Protocoles de coopération : le temps des adhésions ». *Réseaux, santé & Territoire*, n° 55, 2014, p. 28-33.

Sources secondaires :

Acker, F. « Infirmière : des pratiques en redéfinition ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2005, p 161-181.

Buchan, J. « If changing skill mix is the answer, what is the question ? ». *J Health Serv Res Policy*, n°4, 2001, p 233-238.

Crouzatier-Durand F., « Réflexions sur le concept d'expérimentation législative. (à propos de la loi constitutionnelle du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République) », *Revue française de droit constitutionnel*, n° 56, 2003, p. 675-695

Garbacz, L. *Les problèmes éthiques et juridiques de la prise en charge du patient face à l'émergence de nouvelles pratiques médicales*. Nancy, Université Paris Descartes – Université de Lorraine, 2014, 244 p.

Hamric A., Spross, J. Hanson, C-M. *Advanced Practice Nursing : an integrative approach*, 4^e édition, Saint Louis Missouri : Saunders Elsevier, 2009, 822p.

Hassenteufel, P. *Les médecins face à l'État*. Presse de Sciences Po, Paris, 2003, 360 p.

Honneth Axel, « La théorie de la reconnaissance : une esquisse », *Revue du MAUSS*, n° 23, 2004, p. 133-136

Le Boterf, G. « *Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence. Les 100 questions.* 5^e éditions, Eyrolles Editions, Clermont Ferrand, 2011, 287 p.

Loriol, M. *Sens et reconnaissance dans le travail.* Traduction d'un texte de Marc Loriol, publié (en grec) dans le traité de sociologie du travail. 2011, Pp 43-67.

Mathieu-Fritz, A. Esterle, L. « Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches ». *Revue française de sociologie*, V54, 2013, p. 303-329.

Midy F. *Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires.* *Revue de la littérature 1970-2002.* CREDES, Paris, 2003, 43 p.

Nadot-Ghanem, N. *Une approche inactive du travail collectif. Modélisation de la coopération et de la coordination entre infirmière et autres professionnels du milieu hospitalier pour la conception d'un dispositif de formation.* Thèse de doctorat : Univ. Genève, no. FPSE 577, 2014, 203 p.

Prato, A. « *Coopération entre professionnels de santé en médecine générale : évaluation qualitative de Asalée Vosges par la méthode des focus group après deux ans d'expérience.* » Thèse médecine générale, Université Henri Poincaré, Nancy 1, 2011, 126 p.

Raynal, M. *Innovation dans le champ de la santé : les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : L'exemple du protocole de coopération "Interventions d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé" élaboré en Midi-Pyrénées.* Mémoires EHESP, Rennes, 2015, 88 p.

Redon, C. *Le développement des coopérations entre professionnels de santé : la contribution du directeur des soins.* Mémoires EHESP, Rennes, 2011, 51 p.

Rossi, P. Lipsey, M. Freeman, H. *Evaluation : A systematic approach*. Sage publication, 7^e édit, 2004, 280 p.

Rullière, J-L. Torre, A. « les formes de la coopération inter-entreprises », *Revue d'économie industrielle*, n°exceptionnel, 1995, p. 225-226.

Volle, G. *Les coopérations entre professionnels de santé, quelle stratégie pour le directeur des soins*. Mémoire de Directeur des soins : EHESP, 2012, 57 p.

Textes juridiques :

Texte de loi :

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO du 22 juillet 2009 - Article 51 [en ligne] Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. JO du 24 décembre 2013 – Article 35 [en ligne] Disponible à l'adresse :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028372809&dateTexte=&categorieLien=id>

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JO du 27 janvier 2016 [en ligne] Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

Textes réglementaires

Arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé [en ligne] Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000424775>

Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé. JO du 15 janvier 2010 [en ligne] Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021683534&categorieLien=id>

Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. JO du 30 mars 2012 [en ligne] Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2012/3/20/ETSH1208335A/jo>

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. JO du 13 avril 2012 [en ligne] Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2012/3/28/ETSH1209189A/jo>

Arrêté du 23 octobre 2014 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé. JO du 14 novembre 2014 [en ligne] Disponible à l'adresse :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029690036&dateTexte=&categorieLien=id>

Arrêté du 12 janvier 2015 autorisant le financement dérogatoire de protocoles de coopération entre professionnels de santé [en ligne] Disponible à l'adresse :

Protocole Asalée :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030133116>

Protocole bilan visuel :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030126733>

Décret no 2014-919 du 18 août 2014 relatif à la composition et au fonctionnement du collège des financeurs des coopérations entre professionnels de santé. JO du 21 août 2014 [en ligne] Disponible à l'adresse :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20140821&numTexte=19&pageDebut=13896&pageFin=13896

Instruction n° DSS/1B/2015/209 du 13 mai 2015 [en ligne] Disponible à l'adresse :

http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-07/ste_20150007_0000_0029.pdf

Jurisprudence :

Arrêt n° 06VE01201 du 3 décembre 2007 de la 5^e chambre de la cours administrative d'appel de Versailles.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT00001798882>

6

Liste des annexes

Annexe 1 : Pré-projet de stage	91
Annexe 2 : Guides d'entretien	103
Annexe 3 : Tableau d'analyse quantitative réalisé avec Excel	108
Annexe 4 : Liste des protocoles autorisés en Ile de France	110
Annexe 5 : Organigramme général de l'ARS Ile de France (mai 2016)	116
Annexe 6 : Organigramme du pôle RHS (octobre 2015)	117

Annexe 1 : Pré-projet de stage

Projet « évaluation de la mise en œuvre du dispositif de coopération entre professionnels de santé »

Exposé des motifs

LA SITUATION EN FRANCE A L'HEURE DU DEPLOIEMENT DES COOPERATIONS

Le monde de la santé connaît des évolutions fortes depuis plusieurs années. Les progrès fulgurants de la médecine ont conduit à un développement des technologies médicales d'une part et à l'allongement de la durée de vie d'autre part.

Les innovations technologiques croissantes ont entraîné des évolutions de prises en charge des patients. La durée moyenne de séjour à l'hôpital a diminué. Entre 2001 et 2009 elle a baissé de 4,2% (Kranklader, 2012) alors même que le nombre de séjour, lui, a augmenté. Les innovations dans le domaine des technologies médicales et médicamenteuses ont freiné le recours automatique à l'hospitalisation complète et ont laissé place à d'autres formes d'hospitalisation. Le développement de la chirurgie a augmenté le nombre d'hospitalisation partielle et à domicile (l'HAD est passée de 5600 à 12 000 places entre 2011 et 2009 d'après, Kranklader, 2012). La technicité croissante a aussi entraîné un morcellement des compétences et une spécialisation accrue des soignants. Ces évolutions ont été rapides et les pratiques s'en sont trouvées à la fois améliorées et bouleversées, amenant à repenser les champs d'intervention des professionnels de santé mais surtout à réintroduire l'humain et l'expérience clinique au centre des préoccupations (Fortin et Maynard, 2012).

Au début du siècle dernier, les médecins « perdaient » des patients par manque de connaissances mais aussi de moyens. Aujourd'hui, les progrès médicaux, liés aux nouvelles technologies, ont repoussé les limites et l'espérance de vie de la population française n'a cessé d'augmenter. On vit en moyenne plus de 80 ans en 2016 contre 47 ans en 1900. Mais la longévité ne va pas sans un allongement de la période de vie « avec incapacité » (61,8 ans en 2010 selon l'INSEE). La hausse de maladies chroniques a entraîné un changement de paradigme à l'hôpital qui est passé d'un lieu de soins aigus à un lieu où la chronicité s'est installée et requiert des soins spécialisés. Ces pathologies ont aussi un coût important pour notre système de santé qui amène à repenser les parcours de soins et les prises en charge.

En conséquence, si la durée de vie s'est allongée, la population vieillissante a augmenté. La tranche d'âge de français âgés de 75 ans et plus compte 5,7 millions de personnes en 2015. En 2060, ils seront 12 millions. Ce bouleversement démographique représente un défi considérable. Les personnes âgées souhaitent aujourd'hui rester le plus longtemps possible à leur domicile et les politiques sociales et médico-sociales se mettent en place en ce sens (rapport Laroque, plan Solidarité grand âge, plan national bien vieillir, plan Alzheimer,...). Les professionnels de santé et du social sont de plus en plus nombreux à intervenir aux domiciles amenant des problématiques de coordination et de rationalisation de la prise en charge.

Dans le même temps on assiste, ces dernières années, à un tournant de la démographie médicale, notamment géographique. Les médecins se tournent plus facilement vers un mode d'exercice salarié hospitalier ou regroupé, délaissant ainsi l'exercice libéral classique et ont souvent recours au temps partiel. Les milieux ruraux voient aussi le ratio médecin par rapport au nombre d'habitants diminuer, augmenter le nombre de zones très sous-cotées. Ainsi la garantie de l'égal accès à des soins de qualité se retrouve-t-elle confrontée à la problématique de l'évolution sociétale.

Les attentes de la société ont aussi évolué. Les patients devenus consommateurs et citoyens, recherchent des soins de qualité. La recherche du « vivre mieux » et la volonté d'entretenir sa santé se font de plus en plus ressentir, conduisant les professionnels de santé à faire évoluer leurs pratiques et leur culture.

C'est dans ce contexte que les pouvoirs publics ont recherché des solutions pour réorganiser le système de santé afin de répondre aux nouveaux enjeux de santé publique : vieillissement de la population, chronicisation des maladies, développement de nouvelles technologies, évolution des attentes des usagers et nouvelles aspirations des professionnels de santé.

ORGANISATION DES METIERS EN FRANCE

Les professions de santé sont soumises à une réglementation abondante et rigoureuse. La quatrième partie du code de la santé publique leur est consacrée. Ainsi un professionnel de santé ne peut accomplir que les actes pour lesquels sa qualification est établie. Celle-ci est reconnue par un diplôme, lui-même reconnu par l'état et inscrit dans le code de la santé publique. Il crée un monopole d'exercice, rendant illégal et passible de poursuites pénales tout exercice sans diplôme.

Dans le cadre de la médecine, un doctorat délivré par l'université est nécessaire depuis le début du XIX^{ème} siècle. En l'imposant, la loi définit la médecine comme un ensemble de connaissances théoriques qu'il convient d'acquérir (Genisson, Milon, 2014). La médecine étant la science appliquée par les médecins au sens large, un médecin exerçant en dehors

de sa spécialité ou de sa compétence n'est pas susceptible de sanction pénale. En revanche, il est passible de sanctions déontologiques prononcées par le Conseil de l'ordre des médecins et d'une condamnation civile.

Les Chirurgiens-dentistes et les sages-femmes correspondent aux deux autres professions médicales reconnues. Leurs domaines de compétence sont limités et ne peuvent pas s'étendre à l'ensemble de la médecine excepté en cas d'extrême urgence comme formulé dans le code de la santé publique (respectivement en fonction des professions aux articles R.4127-205 R.4127-313).

La différence entre les professions médicales et paramédicales réside dans le principe de l'encadrement médical des actes. Les auxiliaires médicaux²¹, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires sont réglementés par le code de la santé publique (partie IV livre III). Les auxiliaires sont déontologiquement et réglementairement tenus de n'accomplir que les actes inscrits sur une liste préétablie par décret. Mais celui-ci ne décrit pas avec le même degré de précision le champ d'activité des professions, entraînant une lecture et une interprétation complexe. Seules les personnes titulaires d'un diplôme reconnu par l'état peuvent exercer les professions d'auxiliaires médicaux. Les aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaire peuvent, quant à eux, exercer avec un simple titre ou certificat de formation ou d'aptitude.

Le développement des professions paramédicales, au premier rang desquelles les infirmiers et infirmières, a accompagné l'évolution des pratiques médicales et poussé à réexaminer la question de la répartition des compétences entre professionnels de santé (Génisson, Milon, 2014). Alors que les défis de l'avenir réclament de la souplesse des métiers et une adaptabilité des carrières, le Professeur Berland posait la question de l'évolution de ce système dans son rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire (Berland et al., 2010).

LE DEVELOPPEMENT DES COOPERATIONS : UNE SOLUTION POUR REpondre AUX ENJEUX DU SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS

En décembre 2002, le rapport de mission présenté par le Pr Berland « démographie des professions de santé » formulé un ensemble de propositions pour répondre aux défis démographiques. La troisième d'entre elles préconisait une redéfinition des missions et la création de nouveaux métiers. En mars 2003, Jean-François MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, confiait au Pr Berland la mission de « mener

²¹ Les professions entrant dans la dénomination « auxiliaire médicale » sont : les infirmiers, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électrologie médicale, technicien de laboratoire médical, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, diététicien.

une analyse approfondie de l'ensemble des initiatives » concernant la coopération à développer entre les différentes professions de santé. Ce second rapport « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » présentait les pratiques développées dans les pays Anglo-Saxons et les rares initiatives qui ont été mises en place en France. Par ailleurs il témoignait de la volonté des acteurs médicaux et paramédicaux d'organiser un transfert de tâches et de compétences, voire de responsabilité. Le rapport s'attachait aussi à faire émerger les possibilités concrètes de collaboration entre médecins de spécialités différentes, et entre médecins et autres professions de santé (radiologues, orthoptistes, infirmiers, diététiciennes,...). Concluant sur des propositions, la mise en place d'expérimentations rapides dans des conditions définies était préconisée.

Suite à ces propositions, des expérimentations de transferts de compétences ont été encadrées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. C'est l'article 131 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. Les modalités ont été fixées par arrêté. Ainsi, cinq expérimentations ont pu être inscrites dans un premier arrêté d'expérimentation du 13 décembre 2004. Elles ont donné lieu à une évaluation en juin 2006 qui a conclu à « la faisabilité, en toute sécurité pour les patients, de la délégation de tâches dans les domaines et contextes abordés ».

INSCRIPTION D'UN CADRE REGLEMENTAIRE

La généralisation des expérimentations s'est faite par l'inscription dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires à l'« article 51 » des coopérations entre professionnels de santé. Elles peuvent se faire à leur initiative, à partir du transfert d'activités, d'actes ou de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients. L'une des singularités de ce dispositif est d'être fondée sur une démarche de répartition des activités en fonction des besoins « locaux » et de la volonté de personnes à collaborer en assumant de nouvelles responsabilités. La généralisation pouvant être envisagée dans un second temps.

DEPLOIEMENT DU DISPOSITIF EN ILE DE FRANCE

La mise en œuvre du dispositif a débuté dès la parution des textes d'application. En Ile-de-France, le premier protocole est parvenu à l'Agence régionale de santé (ARS) en janvier 2011. A ce jour, 36 protocoles sont autorisés en Ile-de-France. Il est à noter que 12 sont issus de la région et 24 proviennent d'autres régions. Les équipes poursuivent leur

démarche en proposant régulièrement des lettres d'intention et des protocoles traduisant l'intérêt assidu pour ce dispositif. Parmi les protocoles autorisés 25 sont véritablement mis en œuvre par 167 professionnels de santé.

Si les professionnels de santé sont au cœur du dispositif, l'ARS a un rôle pivot dans l'élaboration des protocoles de coopération et le suivi de leur mise en œuvre :

- elle statue sur la recevabilité des protocoles de coopération soumis par les professionnels de santé,
- elle vérifie le besoin de santé régional,
- elle autorise la mise en œuvre des protocoles de coopération par arrêté et gère leur suivi,
- elle enregistre les adhésions.

La Haute Autorité de Santé quant à elle, délivre un avis conforme sur les protocoles de coopération qui lui sont soumis par l'ARS.

La démarche de coopération comprend deux étapes réglementaires : la création d'un protocole de coopération par des professionnels de santé, volontaires puis l'adhésion des professionnels de santé, volontaires, à un protocole de coopération autorisé par l'ARS.

LES PROBLEMATIQUES ACTUELLES RENCONTREES

La mise en œuvre du dispositif de coopération entre professionnels de santé par l'ARS Ile-de-France correspond à ses missions mais au-delà de l'application de la réglementation il est nécessaire d'apporter des ajustements permanents dans les modalités d'instruction des dossiers, de faire évoluer les supports, de collaborer avec les professionnels et d'autres institutions.

Dès le début de la mise en œuvre du dispositif de coopération entre professionnels de santé en 2011 plusieurs problématiques ont été signalées, à la HAS et au ministère de la santé, et des propositions d'amélioration ont été faites. A ce jour des problématiques mais aussi des interrogations persistent et certaines s'amplifient.

a) Une réglementation inaboutie ?

Les textes réglementaires encadrant l'exercice des professionnels de santé se sont avérés être une limite au déploiement du dispositif. Les infirmiers autorisés à prescrire des traitements dans le cadre d'un protocole se sont confrontés à la réglementation encadrant les pharmaciens qui ne peuvent délivrer des traitements prescrits par un infirmier. De plus, sur certaines situations spécifiques, les avis des services des affaires juridiques divergent ou encore des dispositions de l'article 51 de la loi ne prendraient pas en considération des dispositions réglementaires prévues par d'autres textes.

Une méconnaissance des textes réglementaires par les professionnels de santé semble être mise en avant. Lors de la réception des lettres d'intention, nombre d'acte vu comme dérogatoires par les équipes promotrices ne le sont pas en réalité.

b) Des financements limitant le déploiement du dispositif ?

Fin 2013, le financement des activités déléguées dans le cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé a été prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale 2014 (art. 35). La mise en œuvre a débuté après parution des textes d'application. Le décret n°2014-919 du 18 août 2014 relatif à la composition et au fonctionnement du collège des financeurs des coopérations entre professionnels de santé est paru au Journal officiel du 21 août 2014. Les éléments de mise en œuvre concrète ont été diffusés au cours du deuxième trimestre 2015.

En 2015, le Collège des financeurs s'est prononcé sur le financement de deux protocoles : la délégation d'activités entre ophtalmologistes et orthoptistes et Asalée. Le protocole Asalée a été initié en 2004, dans le cadre des expérimentations. Il s'est rattaché au dispositif de coopération prévu à l'article 51 de la loi HPST en 2012, en incluant des actes dérogatoires sur quatre sujets qui sont : le diabète de type 2, l'hypertension artérielle et les facteurs de risques cardio-vasculaires, les Bronchites Pulmonaires Chroniques Obstructives, le repérage des troubles cognitifs. En 2012, le dispositif Asalée a été intégré à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), au titre du module 3 (coopération entre professionnels) puis le collège des financeurs en a autorisé le financement dérogatoire (12 janvier 2015). Cette rémunération assure pour chaque équivalent temps plein infirmier : les indemnités des médecins pour leur participation aux réunions de débriefe mensuel prévues dans le protocole, les honoraires ou salaires et charges des infirmiers, les frais de structure (système d'information support, accompagnement, recrutement et formation des professionnels, développement et ajustement continu de protocole, contrôle interne). Ce financement est versé à l'association ASALEE par la caisse primaire d'assurance maladie. L'association est chargée de verser aux professionnels de santé la rémunération prévue. A l'heure actuelle, 11 équipes ont répondu aux appels d'offre d'adhésion de l'ARS Ile de France mais aucune d'entre elle n'a finalisé la démarche.

Pour les autres protocoles, les problématiques financières persistent tant pour la rémunération de l'activité que pour celles des professionnels qui adhèrent à des protocoles et les mettent en œuvre.

Actuellement, l'ensemble des protocoles mis en œuvre en Ile de France, le sont, dans des établissements de santé. Même si un modèle économique peut être proposé, ce milieu d'exercice semble plus favorable au développement des coopérations.

c) Une procédure longue et complexe ?

Le délai moyen d'instruction pour un dossier permettant d'aboutir à l'autorisation de l'activité dérogatoire est d'une année et demie, hors délai d'instruction des demandes d'adhésions, lequel rallonge d'autant plus l'application du protocole. Chaque protocole est instruit selon les même processus, quelles que soient la nature et la complexité des activités déléguées. Ainsi certains actes « dérogatoires », relativement simples à réaliser, actuellement mis en œuvre dans la pratique courante et qui ne présentent pas véritablement de risque pour le patient (échographies de repérage des vaisseaux sanguins avant ponction ...) suivent le même processus que les activités complexes de diagnostic et d'ajustement des traitements médicamenteux. Un suivi continu de la part de tous les protagonistes est ainsi nécessaire et mobilise alors du temps et des compétences. Ce délai de traitement des dossiers peut décourager les équipes promotrices qui sont sollicitées à maintes reprises pour remanier les différentes versions du projet.

Par ailleurs, parmi les protocoles autorisés en Ile-de-France, un tiers seulement font l'objet d'une mise en œuvre effective à la suite de l'enregistrement par l'ARS des adhésions nominatives. Ce constat signifierait que l'aboutissement de la démarche de formalisation d'un protocole de coopération pour les équipes promotrices n'est pas systématiquement sa mise en œuvre réglementaire par l'enregistrement des adhésions alors que le but de ce dispositif est la régularisation de l'exercice non réglementé.

Cependant, concernant le protocole Asalée déployé nationalement et pour le protocole bilan visuel, l'impact en matière d'adhésion reste encore très limité, même si un financement dérogatoire est autorisé depuis début 2015. L'exploration des raisons de cette situation fait apparaître des difficultés récurrentes pour les professionnels à fournir toutes les pièces justificatives par exemple, ayant comme conséquence la non-recevabilité et la mise en attente du dossier de demande d'adhésion.

Ainsi, les problématiques soulevées se situent plus particulièrement dans le champ de la coordination et de la gouvernance du dispositif comprenant la régulation et le suivi de l'instruction de l'ensemble du processus, l'évaluation concrète de la mise en œuvre et de la réponse aux besoins de santé de la population francilienne à l'origine de ces projets. L'impact financier par le coût engagé du côté des équipes promotrices, de l'ARS, de la HAS et des différents experts missionnés lors de chacune des instructions pour l'aboutissement et l'application d'un protocole de coopération, nécessite de s'interroger.

Outre un état des lieux réalisé par la HAS dans le cadre de son rapport d'activité 2013, l'évaluation de la globalité du dispositif et de son efficacité sur la régularisation des pratiques n'a pas été présentée jusqu'alors même si celui-ci est appliqué depuis plusieurs années désormais. Des indications quantitatives sont disponibles au travers des évaluations transmises par les équipes. Il conviendrait de croiser ces données et de les compléter par

des informations qualitatives afin de présenter un bilan significatif de ce dispositif, d'autant plus dans un contexte favorable au développement des relations interprofessionnelles.

Finalités et enjeux de l'évaluation :

Après cinq années de mise en œuvre du dispositif de protocole de coopération entre professionnels de santé dans la région Ile de France, l'évaluation répond à une volonté de transparence de l'action publique et est l'occasion de rendre compte des actions menées quant à la coopération entre professionnels de santé.

Champ d'évaluation

Les principaux aspects liés aux modalités de mise en œuvre et aux incidences induites peuvent être évalués quantitativement et/ou qualitativement. Ils concernent :

- Les résultats relatifs à la mise en œuvre et au déploiement des protocoles de coopération (au niveau individuel, collectif et communautaire) ;
- La gouvernance du dispositif et les collaborations entre institutions concernées (ARS, HAS, Ministère...);
- Les limites, difficultés, intérêts et opportunités d'ordres divers liées au dispositif lui-même et aux effets induits.

Objectifs de l'évaluation

- 1- Rendre compte de la mobilisation de l'ARS et des différents acteurs dans la mise en œuvre du dispositif.
- 2- Faire émerger les difficultés, intérêts, opportunités induits par la mise en œuvre des protocoles de coopération.

Éléments méthodologiques :

- 1- Recherche documentaire : littérature existante, rapports institutionnels, articles de presse

La recherche documentaire devra permettre :

- de connaître la réglementation qui encadre le dispositif et son évolution historique

- d'identifier les problématiques ou les freins rencontrés ou identifiés dans la mise en place de protocole de coopération ;
- d'appréhender les enjeux et le contexte qui ont amené à la mise en place de ce dispositif et son avenir ;
- d'identifier les jeux d'acteurs : positionnement des professionnels, des institutions vis-à-vis des coopérations ;

2- Analyse quantitative

L'analyse des données chiffrées disponibles devra permettre :

- Rendre compte de la mobilisation des différents acteurs et de leur implication dans le temps ;
- Evaluer le temps et les moyens mobilisés dans la mise en œuvre du dispositif.

3- Réalisation d'entretiens semi-directifs auprès des partenaires et acteurs impliqués dans le dispositif

Les entretiens semi-directifs devront permettre en fonction des groupes cibles :

- Professionnels de santé :
 - D'identifier les motivations, les raisons qui ont amené l'équipe à s'engager dans le dispositif ;
 - De Comprendre quelles ont été les démarches qu'ils ont effectuées, les éléments facilitateurs ou freinants ;
 - D'Interroger les pistes d'amélioration identifiées par les professionnels impliqués dans le projet ;
 - De Connaître leurs appréciations vis-à-vis du dispositif, les améliorations perçues et réelles si le protocole a été mis en place (vis-à-vis des patients, de l'organisation mais aussi des professionnels), les stratégies de contournement mises en place s'il n'a pas abouti.
- Etablissement de santé porteur du projet :
 - D'avoir leurs appréciations sur le dispositif
 - D'appréhender les stratégies mises en place ou non pour accompagner les équipes
- Institutions partenaires de la mise en œuvre du dispositif (collège des financeurs, HAS, siège AP-HP, Asalée,...) :
 - Comprendre les logiques d'interaction entre les différents acteurs ;
 - Appréhender les freins et les éléments facilitateurs identifiés ;
 - Connaître leurs idées quant à l'amélioration du dispositif.

Les entretiens seront enregistrés et anonymisés afin de faciliter leur analyse. Une grille d'analyse des entretiens sera élaborée en fonction du groupe cible.

4- Observation des démarches au sein de l'ARS

L'objectif réside dans la compréhension de la démarche mais aussi dans l'identification d'éventuelles difficultés ou freins rencontrés par les personnes en charge de l'instruction des

dossiers (utilisation coop-ps, les causes de renvoi pour réécriture aux équipes, les motifs d'échanges entre la HAS et l'ARS, l'ARS et les professionnels,..)

5- Public concerné par l'étude :

- Les délégants : professionnels de santé qui transfèrent un acte de soins ou une activité à un autre professionnel de santé
- Les délégués : professionnels de santé qui acceptent de réaliser l'acte de soins ou l'activité à la place du délégant
- Le chef de projet à la HAS
- Les établissements concernés (directeur des soins, cadre de santé, association Asalée,...), notamment le siège de l'AP-HP (équipe dédiée).

Document à produire :

- Un rapport de l'étude
- Des documents de communication à destination des différents publics cibles

Pilotage de l'évaluation :

Chargée de projet : Eve GUILLAUME

Ressources : Brigitte FEUILLEBOIS, Françoise ROLLOT

Supervision : Ljiljana JOVIC

Destinataires / Bénéficiaires : La population d'Ile de France et plus particulièrement les différents partis engagés dans le dispositif (ARS, HAS, Professionnels de santé, établissements de santé)

Phasage et calendrier

Le calendrier prévisionnel de la réalisation de l'évaluation de la mise en œuvre du dispositif se décline en 4 phases :

- Phase 1 : Elaboration du pré-projet
- Phase 2 : Recueil et analyse des données
- Phase 3 : Rédaction du rapport
- Phase 4 : Réalisation des supports de communication

Tableau 1 : Calendrier du projet d'évaluation de la mise en œuvre du dispositif de coopération entre professionnels de sant

	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
Phase 1 : Elaboration du pré-projet						
- Définir l'objectif de l'étude						
- Définir les questions évaluatives						
- Etablir la méthodologie de recueil des données						
Phase 2 : Recueil et analyse des données						
- Réaliser une revue de la littérature						
- Réaliser les entretiens semi-directifs						
- Suivre l'instruction des dossiers à l'ARS						
Phase 3 : Rédaction du rapport et rendu des livrables						
Analyse et croisement des données						
Rédaction						
Phase 4 : Réalisation des supports de communication						

Bibliographie :

Berland, Y. Cadet, D. et Hénart L. 2010. *Rapport relatif aux métiers de santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. Paris, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 57p.

Fortin, S. et Maynard, S. 2012. « Progrès de la médecine, progrès technologiques et pratiques cliniques : les soignants se racontent ». *Anthropologie & santé* [en ligne], Paris, n°5, [Consulté le 02/03/2016] Disponible à l'adresse : <https://anthropologiesante.revues.org/1015#ftn11>

Génisson, C. et Milon, A. 2014. *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé*. Paris, Sénat, n°318, 55p.

Kranklader, E. 2012. « Evolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts ». *Dossiers solidarité et Santé* [en ligne], Paris, DREES, n°25, 28p. [Consulté le 02/03/2016] Disponible à l'adresse : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article25.pdf>

Annexe 2 : Guides d'entretien

Guide d'entretien n°1 : professionnel de santé

Présentation générale

- Quel est votre parcours professionnel ? (formations, diplômes, engagements, services,...)
- Aujourd'hui quelle est votre activité, comment exercez-vous ?
- Comment avez-vous connu les protocoles de coopération ? Quelles étaient vos connaissances sur le dispositif ?
- Quelles ont été vos motivations pour entrer dans le dispositif de coopération ? (Quel a été le questionnement / problème / besoin qui vous a conduit à vous engager dans ce dispositif / à rechercher des informations sur ce dispositif ?)
- Quel est votre degré d'implication dans la mise en place ?

Les démarches

- Depuis quand êtes-vous engagé dans un protocole de coopération ? Depuis combien de temps avez-vous engagé les démarches pour la rédaction d'un protocole / l'adhésion à un protocole ?
- Quel a été la dynamique des professionnels engagés dans le projet ? Leur investissement ? Comment vous êtes-vous répartis les tâches / compétences ?
- Avez-vous bénéficié d'un soutien de votre établissement ? Sous quelle forme ? Qu'en pensez-vous ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans la rédaction de la lettre d'intention ? du protocole ? dans le suivi du processus et les échanges avec l'ARS, la HAS ?
- Quels ont été les éléments facilitateurs ?

=> Si le protocole n'a pas abouti quelles en sont les raisons ?

=> Si l'équipe n'a pas adhéré à son protocole, quelles en sont les raisons ? Ont-ils mis en place des stratégies de contournement ?

La mise en place

- Que pensez-vous de la collaboration actuelle entre délégué / déléguant ? En pratique, comment cela se passe-t-il ?

- Comment vous organisez vous pour suivre le dispositif ? l'évaluer ?

- Comment la délégation est-elle perçue par les patients ? Comment est donnée l'information aux patients sur la délégation ? Qui la donne ? A quelles difficultés avez-vous été confrontées ?

- Comment les autres partenaires de la prise en charge des patients ont-ils été informés de la mise en place du dispositif ? Comment perçoivent-ils le rôle du délégué ?

- Votre protocole bénéficie-t-il d'un financement particulier ? Les délégués perçoivent-ils une valorisation financière ?

- Quels avantages identifiez-vous d'appartenir à ce dispositif ?
 - Pour vous ? (gain de temps, aspect financier, qualité des soins, valorisation professionnelle,...)
 - Pour les patients ? (amélioration de la prise en charge, sentiment de satisfaction,...)

- Quels inconvénients ? pour vous, les patients

Satisfactions globales

- Êtes-vous satisfait ? Vous ? Les patients ?

- Quelles limites avez-vous rencontrées ?

- Que pensez-vous de ce dispositif pour l'avenir des professions de santé ? Répond-il à des enjeux de santé particuliers ?

=> Avez-vous des choses que vous souhaiteriez ajouter ?

Guide d'entretien n°2 : Etablissement de santé

Présentation générale

- Quel est votre parcours professionnel ? (formations, diplômes, engagements, services,...)
- Quel est votre rôle dans l'établissement ? dans la gestion du dispositif de coopération ?
- Quelles ont été vos motivations pour entrer dans le dispositif de coopération ? (Quel a été le questionnement / problème / besoin qui vous a conduit à vous engager dans ce dispositif / à rechercher des informations sur ce dispositif ?)
- Combien de protocoles sont mis en place ? Combien d'équipes ?

Les démarches

- L'initiative de mettre en place une coopération vient-elle de l'établissement ou des professionnels ?
- Quel est votre rôle vis-à-vis des équipes lors de l'élaboration ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans la rédaction de la lettre d'intention ? du protocole ? dans le suivi du processus et les échanges avec l'ARS, la HAS ?
- Quels ont été les éléments facilitateurs ?

=> Si des protocoles n'ont pas abouti quelles en sont les raisons ?

=> Si une équipe n'a pas adhéré à son protocole, quelles en sont les raisons ? Ont-ils mis en place des stratégies de contournement ?

La mise en place

- Que pensez-vous de la collaboration actuelle entre délégué / déléguant ? En pratique, comment cela se passe-t-il ?

- Comment vous organisez vous pour suivre le dispositif ? l'évaluer ?
- Comment les autres partenaires de la prise en charge des patients ont-ils été informés de la mise en place du dispositif ? Comment perçoivent-ils le rôle du délégué ?
- Comment expliquez-vous que certain professionnel souhaite devenir délégué et d'autres non ? Comment se fait ce choix ? identifiez-vous des profils particuliers ?
- Votre protocole bénéficie-t-il d'un financement particulier ? Les délégués perçoivent-ils une valorisation financière ?
- Quels avantages identifiez-vous d'appartenir à ce dispositif ?
 - Pour votre établissement ? (Gain de temps, aspect financier, qualité des soins, valorisation professionnelle...)
 - Pour les patients ? (Amélioration de la prise en charge, sentiment de satisfaction...)
- Quels inconvénients ? pour vous, les patients

Satisfactions globales

- Êtes-vous satisfait ? Vous ? les professionnels ? Les patients ?
- Quelles limites avez-vous rencontrées ?
- Que pensez-vous de ce dispositif pour l'avenir des professions de santé ? Répond-il à des enjeux de santé particuliers ?

Guide d'entretien n°3 : Institutionnel

Présentation générale

- Quel est votre rôle, vos missions et votre positionnement au sein de l'institution ?
- Depuis combien de temps êtes-vous en charge du dispositif de coopération ?
- Quel est votre rôle dans la gestion de ce dispositif ?

Questions spécifiques

ARS :

- Combien de protocoles sont mis en œuvre dans votre région ? Combien sont issus de votre région ?
- Que mettez-vous en place pour accompagner les équipes ?
- Est-il arrivé que des protocoles n'aboutissent pas ? Quelles en étaient les raisons ?
- Au quotidien, rencontrez-vous des difficultés ?
- Quels sont les bénéfices de ce dispositif pour l'ARS ?
- Diriez-vous que c'est une priorité pour l'ARS ?

Ministère :

- Comment s'organise la gouvernance du dispositif ?
- Quelles ont été les raisons de l'élaboration d'un tel dispositif ?
- Avez-vous une vision nationale des limites du dispositif ? De ses bénéfices ?
- Quel avenir pour ce dispositif ?

HAS :

- Comment s'organise la gestion du dispositif au sein de la HAS ?
- Qui sont les experts qui étudient les protocoles ?
- Comment et par qui est rendu l'avis ?
- Quelles limites identifiez-vous ? Quels bénéfices ?
- La lourdeur du dispositif et notamment le temps mis pour émettre un avis est souvent décrié dans la presse et par les acteurs du dispositif. Comment l'expliquez-vous ? Quelles en sont les raisons ? Est-ce possible de pallier à cette difficulté ? Comment ?
- Qu'est-ce que vous aimeriez voir améliorer ?

Question commune

- Que pensez-vous de ce dispositif pour l'avenir des professions de santé ? Répond-il à des enjeux de santé particuliers ?

Annexe 3 : Tableau d'analyse quantitative réalisé avec Excel

Tableau détaillant le temps en jour par étape, les dates de début et de fin de chaque étape											
	Date début	Notif LI	Totaux	Reception Protocole	transmission HAS	Temps ARS en jours	Réception Avis HAS	Temps HAS en jours	Arrêté ARS	Temps ARS en jours	TOTAUX en jours
				17/01/11	27/04/11	101,00	23/11/12	576,00	28/12/12	35	712,00
				22/02/11	18/05/11	86,00	07/04/14	1055,00	11/06/14	65	1206,00
				07/03/11	27/04/11	51,00	07/11/12	560,00	21/02/13	106	717,00
				12/04/11	01/09/11	141,00	31/12/12	487,00	Non autorisé		628,00
				14/06/11	09/11/11	148,00	03/07/13	602,00	Non autorisé		750,00
2				11/07/11	26/09/11	77,00	27/04/12	213,00	28/08/12	123	413,00
0				28/09/11	09/11/11	42,00	01/04/14	874,00	11/03/15	344	1260,00
1				03/10/11	09/11/11	37,00	28/06/13	597,00	04/11/13	129	763,00
1				21/10/11	09/02/12	111,00	31/12/12	326,00	Non autorisé		437,00
				27/10/11	09/11/11	13,00	16/05/13	554,00	04/11/13	172	739,00
				17/11/11	27/12/11	40,00	18/04/13	478,00	04/11/13	200	718,00
				02/12/11	27/12/11	25,00	18/04/13	478,00	28/10/13	193	696,00
2				31/01/12	09/04/13	434,00	02/07/14	448,00	21/08/14	50	932,00
0				31/01/12	14/11/12	288,00	02/09/14	657,00	22/09/14	20	965,00
1				23/02/12	18/12/12	299,00	24/12/13	371,00	11/06/14	169	839,00
2	03/12/2012	?		15/01/13	28/02/2013	44,00	15/10/14	594,00	Non autorisé		638,00
0											
1	16/07/2012	14/09/12	60	27/07/13	12/08/2013	16,00	18/11/14	463,00	Non autorisé		479,00
3											
						Moyenne 114,88	Moyenne 549,00	Moyenne 133,833333	Moyenne 758,35		
						Mediane 77,00	Mediane 554,00	Mediane 126	Mediane 718,00		
						Max 434,00	Max 1055,00	Max 344	Max 1260,00		
						Min 13,00	Min 213,00	Min 20	Min 413,00		

Calcul de temps mis, étape par étape, pour des protocoles élaborés à partir d'une lettre d'intention

Lettre d'intention ok - Protocole en cours		Date début	Notif LI	Totaux	Reception Protocole	Temps rédaction	transmission HAS	Temps ARS en jours	Total protocole	Réception Avis HAS	Temps HAS en jours	Arrêté ARS	Temps ARS en jours	TOTAUX en jours
2	Pose de spéculum et réalisation des prélèvements vaginaux par l'infirmière de l'UMJ chez les femmes et les adolescentes victimes de violences sexuelles et ayant eu une activité sexuelle antérieure aux faits	16/07/2012	14/09/12	60	27/07/13	316	12/08/2013	16,00	332,00	18/11/14	463,00	Non autorisé		479,00
0	Consultation infirmière de suivi des patients atteints de diabète de type 2 ou de diabète gestationnel, avec interprétation des résultats de glycémies capillaires et adaptation des doses d'insuline en lieu et place du médecin	20/08/12	14/09/12	25	02/05/13	230	25/06/13	54	284					
2	Ablation du drain de Redon pleural ou médiastinal relié à un système de drainage à basse pression posé au bloc opératoire à un patient du service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire. Ablation réalisée en lieu et place du chirurgien	21/01/13	26/02/13	36	30/01/15	704	/			/		/		
0	Réalisation d'une paracentèse d'ascite à visée thérapeutique par une infirmière en lieu et place d'un médecin	11/02/13	26/02/13	44	11/09/13	198	16/07/15	674	872	/		/		
1	Coopération infirmière en hôpital de jour de rhumatologie : prescription d'une perfusion de biothérapie en lieu et place du médecin (à l'exception de la 1ère perfusion)	25/01/13	26/02/13	32	07/05/13	71	/							
3	Mise en place d'une consultation infirmière autonome dédiée à la prise en charge de patients chroniques atteints d'hépatite C	17/01/13	09/04/13	82	09/10/13	183	09/12/13	61	244	/		/		
	Infirmière dédiée à la pratique des explorations endocriniennes minutées et à l'éducation thérapeutique des patients en endocrinologie et diabétologie pédiatrique, en continuité de l'endocrinologue	11/03/13	09/04/13	29	05/07/13	87	Sans Suite							
	Réalisation d'IVG par une sage-femme	16/12/13	04/02/14	50	02/04/14	57	29/10/15	575	632	/		/		
2	Protocole de coopération autoursant un(e) infirmier(ère) à effectuer le changement d'une sonde de gastrostomie à ballonnet percutanée radiologique en lieu et place du médecin	28/10/14	03/12/14	36	17/04/15	135	01/07/15	75	210					
0	Consultation de suivi des receveurs et des donneurs vivants avant et après la transplantation hépatique avec prescription d'examen, ajustement du traitement et gestion de l'inscription sur la base CRISTAL en lieu et place du médecin	13/11/14	03/12/14	20	12/05/15	161	15/09/15	126	287					
				Moyenne	41,40	Moyenne	214,20	Moyenne	225,86	Moyenne	408,71			
				Mediane	36,00	Mediane	172,00	Mediane	75,00	Mediane	287,00			
				Max	82,00	Max	704,00	Max	674,00	Max	872,00			
				Min	20,00	Min	57,00	Min	16,00	Min	210,00			

Annexe 4 : Liste des protocoles autorisés en Ile de France

Titre du protocole	Nombre d'équipe adhérente	Issu de la région Ile de France	Substitution (sub) ou diversification (div)	Libéral / ambulatoire / Hospitalier
1- Consultation, décision et prescription de vaccination pour les usagers par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin	/	Non		
2- Prescription et réalisation de vaccinations et de sérologies, remise de résultats de sérologie, par un infirmier en lieu et place d'un médecin	1	Oui	Div	Ambulatoire public
3- Consultation infirmier(e) en médecine du voyage pour le conseil, la vaccination, la prescription de médicaments à titre préventif, la prescription et l'interprétation de sérologies à visée vaccinale, la prescription de vaccins	5	Oui	Div	Hospitalier public (5)
4- Evaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un ide expert en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télémédecine.	/	Non		
5- Réalisation de photographies du fond d'œil (FO) dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique (RD) par un(e) orthoptiste et/ou infirmier(e) en lieu et place d'un ophtalmologiste.	1* ²²	Non	sub	Libéral

* Il s'agit de la même équipe, adhérente à trois protocoles différents

6- Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans	1*	Non	sub	Libéral
7- Bilan visuel réalisé par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les enfants de 6 à 15 ans	1*	Non	sub	Libéral
8- Délégation de prescription à l'orthoptiste de : la mesure de l'acuité visuelle, la tonométrie à air, la mesure de la réfraction, la photographie couleur non mydriatique du fond d'œil, du champ visuel automatisé, de la vision des couleurs et de la réalisation de l'OCT.	/	Non		
9- Prélèvements de cornées dans le cadre de prélèvements de tissus et/ou de prélèvements multi organes sur personnes décédées.	/	Non		
10- Dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique: un travail pluridisciplinaire qui améliore la prise en charge du patient diabétique en zone sous-médicalisée.	/	Non		
11- Consultation infirmière de suivi de patients bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité, avec prescriptions de médicaments en lieu et place du médecin	1	Oui	Div	Hospitalier public
12- Elargissement des missions du diététicien en matière de dénutrition, nutrition entérale et parentérale en lieu et place d'un médecin	/	Oui		
13- Prise en charge des patients parkinsoniens traités par stimulation cérébrale profonde (SCP): adaptation des réglages de stimulation par une infirmière en lieu et place du médecin à partir des évaluations motrice,	/	Non		

comportementale et psycho sociale				
14- Suivi de receveurs et de donneurs vivants avant et après greffe rénale, avec prescription d'examens, par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin	1	Oui	Sub	Hospitalier public
15- "ASALEE" : un travail en équipe constituée d'infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle et de médecins généralistes Mots Clés : Démographie Médicale, Maladie Chronique, Dépistage et Suivi du Diabète de Type 2, Hypertension Artérielle, Suivi du patient à Risque Cardio-Vasculaire, Tabagiques à risque BPCO, Démence de type Alzheimer;	2	Non	Div	Libéral (2)
16- Suivi, prescriptions et orientation de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou une affection apparentée par une infirmière en lieu et place du médecin	2	Oui	Div	Hospitalier public (1) Et Ambulatoire public (1)
17- Interventions d'une infirmière libérale à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé	/	Non		
18- Prise en charge par l'infirmier des diabétiques insulino traités par pompe à insuline externe selon un Plan d'Education Personnalisé Electronique (ePEP) avec prescriptions et soins de premier recours en lieu et place du médecin.	1	Oui	Div	Ambulatoire privée à but non lucratif (1)
19- Suivi de patients diabétiques traités par insuline munis d'un carnet glycémique électronique et surveillés par télé-médecine avec prescriptions et soins par l'infirmier en lieu et place du médecin	/	Oui		

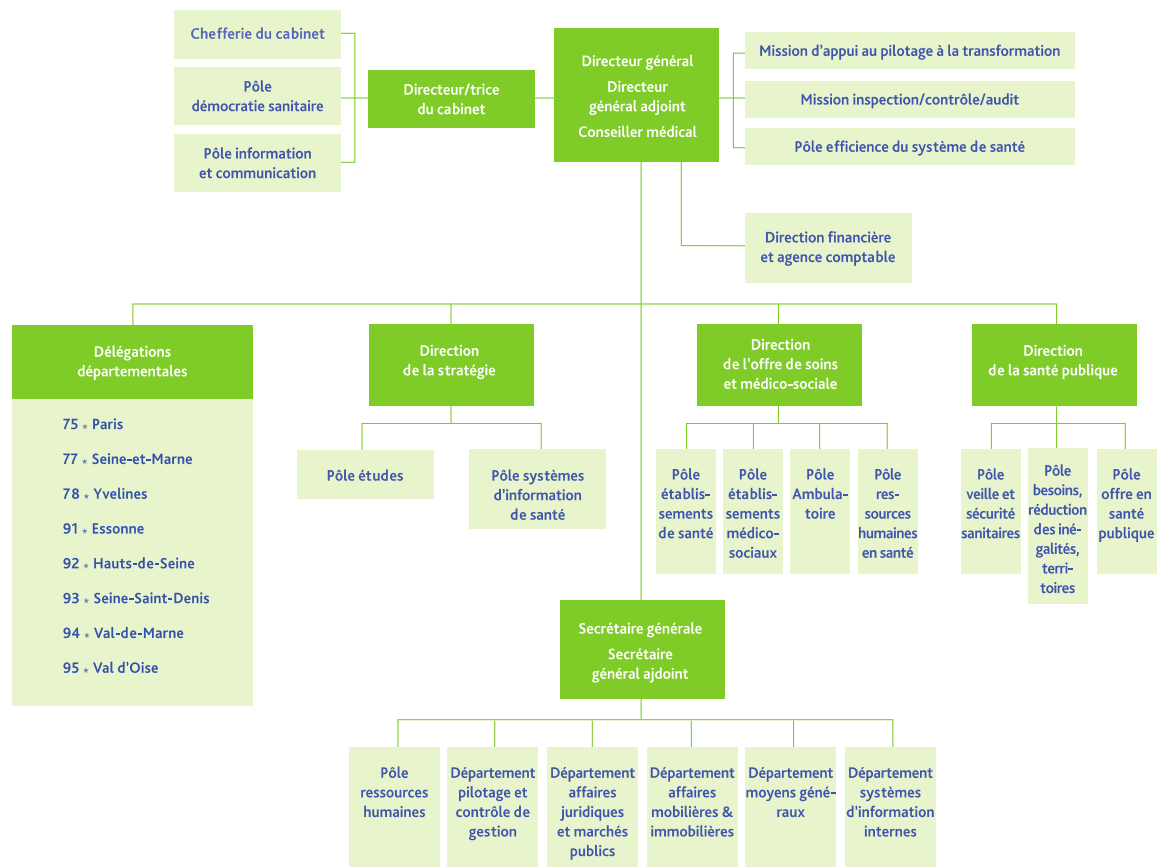
20- Réalisation d'échographies des veines et/ou artères des membres supérieurs par une infirmière en lieu et place d'un médecin.	/	Oui		
21- Mesure de l'élastométrie du foie avec l'appareil de mesure FibroScan en lieu et place d'un médecin	2	Oui	Sub	Hospitalier Public (2)
22- Coopération entre professionnels de santé : « Réalisation d'échocardiographie par un professionnel non médecin »	/	Non		
23- Protocole de coopération entre médecins radiologues et manipulateurs ERM formés à la réalisation d'actes d'échographique diagnostique et exerçant au minimum 50% de leur temps de travail dans ce domaine.	2	Non	Sub	Ambulatoire privée (2)
24- Protocole de coopération entre médecins radiologues ou nucléaires et manipulateurs ERM formés à la réalisation d'actes d'échographique diagnostique et exerçant au minimum 50% de leur temps de travail dans ce domaine.	6	Non	Sub	Hospitalier public (5) Hospitalier à but non lucratif (1)
25- Enregistrement et pré-interprétation en vue du dépistage de l'échographie anormale, des paramètres échocardiographiques trans-thoraciques (ETT) par une infirmière diplômée d'Etat (IDE) en lieu et place d'un médecin cardiologue avant interprétation médicale définitive.	/	Non		
26- Consultation infirmière pour le suivi semestriel des patients à risques élevés de mélanome entre deux consultations du dermatologue	/	Oui		
27- Consultation infirmière de suivi des patients traités par anticancéreux oraux à domicile, délégation médicale d'activité de prescription	2	Oui	Div	Hospitalier public (2)

28- Consultation infirmière de pré admission pour décision d'hospitalisation en cure de sevrage physique en unité d'addictologie	/	Non		
29- Protocole de Coopération entre professionnels de santé : Radiologues interventionnels et Manipulateurs en Electroradiologie Médicale pour la pose des PICC-line en salle de Radiologie Interventionnelle	/	Non		
30- Dépistage du cancer du col de l'utérus : Réalisation du Frottis Cervico-Utérin (FCU) par l'infirmière du centre de santé.	1	Non	Div	Ambulatoire public
31- Réalisation de Bilan Uro-Dynamique (BUD) par une infirmière experte en urologie en lieu et place d'un médecin.	1	Non	Sub	Hospitalier public
32- Transfert de compétence: pose de voie veineuse centrale par l'infirmière. Excellence dans les VVC : de l'évaluation des besoins jusqu'au suivi des patients.	/	Non		
33- Diagnostic d'une lymphocèle, indication et réalisation de sa ponction en post-opératoire d'une chirurgie mammaire curative et/ou reconstructrice par l'IDE	/	Non		
34- Réalisation de ponction médullaire en crête iliaque postérieure à visée diagnostique par une infirmière en lieu et place d'un médecin	/	Non		
TOTAUX	30 équipes	12 Ile de France 22 Hors régions	8 Div 8 Sub	- Hospitaliers publics : 18 - Hospitalier privée à but non lucratif : 1 - Ambulatoire public : 3 - Ambulatoire privée à but non

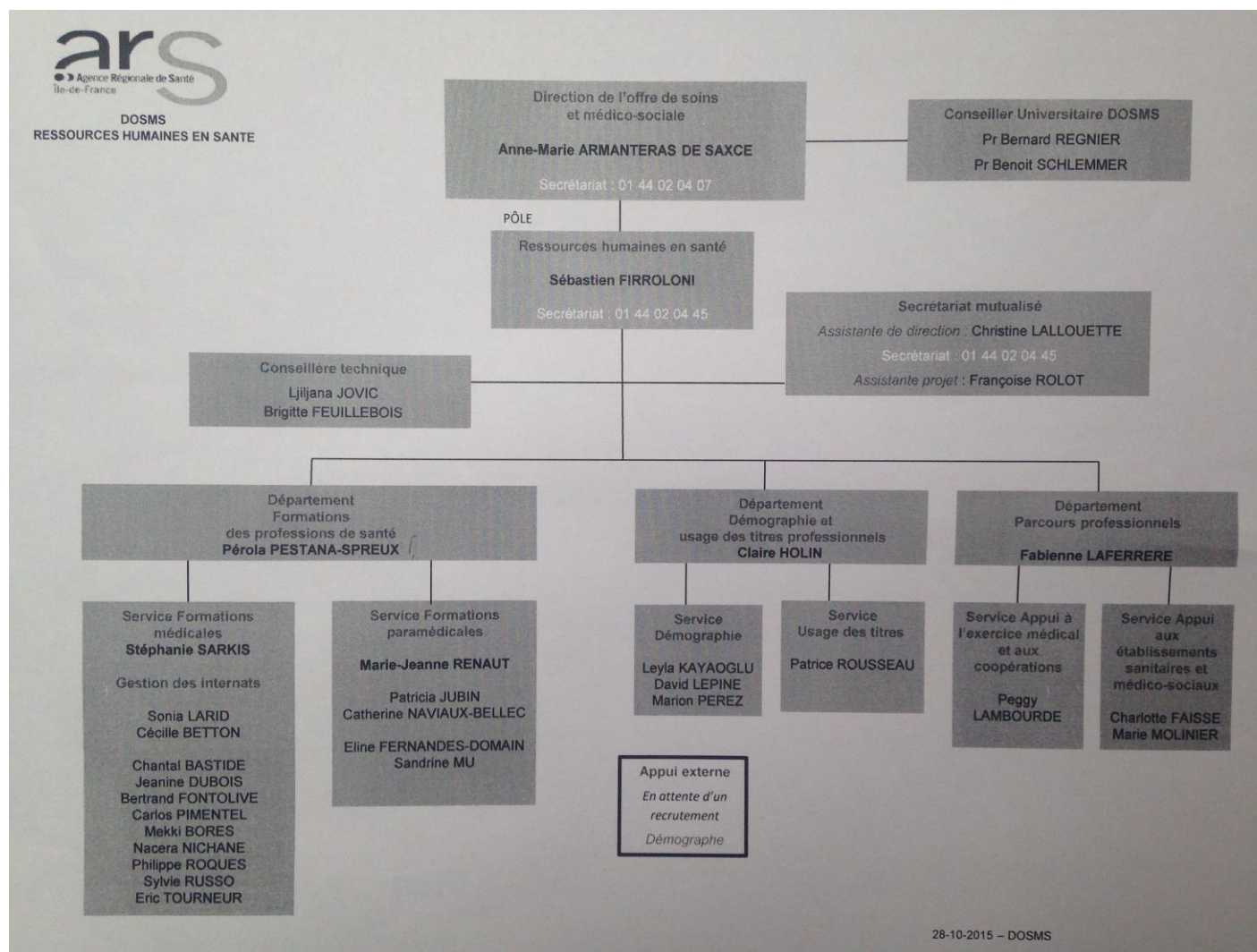
			lucratif : 1 - Libéral : 5 - Ambulatoire privée : 2
--	--	--	--

Annexe 5 : Organigramme général de l'ARS Ile de France

Organigramme Mai 2016



Annexe 6 : Organigramme du pôle ressources humaines en santé (octobre 2015)



GUILLAUME	Eve	21/09/2016
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
LES COOPERATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE : UN DISPOSITIF INTERMEDIAIRE POUR L'EVOLUTION DES METIERS DE LA SANTE ?		
Promotion 2015-2016		
<p>Résumé :</p> <p>Le dispositif de coopération est né de l'article 51 de la loi HPST. Il permet de déléguer des tâches ou activités ou de réorganiser les modes d'intervention entre professionnels de santé, à titre dérogatoire. Matérialisé par un protocole, il est à l'initiative des professionnels de santé. Il a été créé pour pallier aux inégalités territoriales d'accès aux soins dues en partie aux projections d'une diminution du nombre de médecins à venir, pour améliorer la qualité des prises en charge, notamment des personnes atteintes de pathologie chronique, et pour répondre aux aspirations des professions paramédicales.</p> <p>Cinq ans après sa mise en œuvre, l'ARS Ile de France souhaitait évaluer la mise en œuvre du dispositif sur son territoire pour rendre compte de ses actions.</p> <p>Ce mémoire s'attache à analyser la politique publique de coopération à partir de la méthode d'analyse séquentielle de O. Jones. L'évaluation de la politique est illustrée par le bilan réalisé à l'ARS Ile de France lors d'un stage de cinq mois.</p> <p>La loi de modernisation de notre système de santé a créé la pratique avancée en France. Cette nouvelle disposition peut faire penser à la coopération entre professionnels de santé, mais elle doit s'inscrire dans un champ plus global et durable, impactant la formation, l'organisation des professions et la recherche clinique. Ce travail s'interrogera sur l'articulation de ces deux dispositifs.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Coopération, protocole, HPST, pratique avancée, professionnels de santé, infirmier, médecin, délégation de tâche</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		