



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2011**

Date du Jury : **décembre 2011**

**Le développement des coopérations
entre professionnels de santé :
la contribution du Directeur des soins**

Christine REDON

Remerciements

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail, notamment les directeurs de soins, et les professionnels interviewés lors de mon enquête de terrain.

Sommaire

Introduction	1
1 Les coopérations entre professionnels de santé : une idée issue de l'expérience d'autres pays	5
1.1 Des pratiques existantes dans d'autres états	5
1.1.1 Outre-atlantique et en Europe	5
1.1.2 Des initiatives françaises de développement	6
1.1.3 Un bilan positif des expérimentations permettant une généralisation sous conditions .	7
1.2 Les coopérations entre professionnels en France	9
1.2.1 La définition française : Article 51 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire	9
1.2.2 Une méthodologie de construction très encadrée	10
1.2.3 Un seul protocole validé.....	11
1.3 Un dispositif qui peine à se déployer	12
1.3.1 Des réticences des professionnels soumis à un exercice réglementé	12
1.3.2 La réforme Licence Master Doctorat (LMD)	13
1.3.3 Les décrets des actes professionnels : un cadre juridique à la responsabilité des professionnels	15
1.3.4 Une méthodologie contraignante	16
2 Les conditions de coopération : un climat de confiance à établir	17
2.1 Méthodologie	17
2.1.1 La recherche documentaire et bibliographique	17
2.1.2 La présentation des lieux d'enquête	17
2.1.3 La réalisation de l'enquête	19
2.1.4 Les limites	19
2.2 L'analyse de l'enquête	19
2.2.1 La démarche d'implantation du dispositif	20
2.2.2 La formation	21
2.2.3 La valorisation des actes.....	23
2.2.4 L'insécurité juridique	24
2.2.5 Le soutien institutionnel.....	27

3	La politique de la direction des soins et les coopérations : propositions	31
3.1	Les facteurs de réussite	31
3.1.2	Le projet d'établissement	31
3.1.3	La nouvelle gouvernance	33
3.1.4	La coordination des acteurs	34
3.1.5	Le pilotage de la performance par la qualité et les indicateurs	34
3.1.6	La coordination et l'interdisciplinarité au service de l'efficacité	35
3.1.7	La place du patient	36
3.2	La stratégie managériale du directeur des soins	38
3.2.2	La communication	38
3.2.3	Le développement des compétences collectives	39
3.2.4	Les indicateurs de suivi du projet	39
3.3	Le changement de culture	40
3.3.2	L'influence et la conduite de changement	40
3.3.3	La stratégie du directeur des soins	41
3.3.4	La culture de l'évaluation des pratiques	42
3.3.5	Le directeur des soins et le management par le projet	42
	Conclusion	45
	Bibliographie	47
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CH	Centre Hospitalier
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNEH	Centre National de l'Expertise Hospitalière
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Technique
CSP	Code de Santé Publique
DGOS	Direction Générale de l'Organisation de la Santé
DE	Diplôme d'Etat
DS	Directeur des Soins
ECTS	European Credit Transfert System : système européen d'unités capitalisables et transférables
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
LMD	Licence Master Doctorat
MCO	Médecine - Chirurgie - Obstétrique
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé
PACA	Provence, Alpes, Côte d'Azur
SIDIIEF	Secrétariat International Des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
URPS	Union Régionale des Professions de Santé Libéraux

Introduction

Née en 2002¹ avec les pistes envisagées pour répondre aux problèmes de pénurie médicale, l'idée des coopérations entre professionnels de santé a tracé sa voie et trouvé sa définition dans l'article 51 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire dite HPST², comme suit : « par dérogation aux conditions légales d'exercice, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient ».

Dans ce cadre, les coopérations doivent répondre à un besoin de santé sur un ou des territoires de santé, et sont soumises à une demande d'autorisation fondée sur le dépôt d'un protocole à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et sur avis de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les défis à relever en matière de santé publique pour répondre aux besoins des conséquences de l'évolution démographique d'une population vieillissante avec un accroissement de l'incidence des cancers, des maladies chroniques et dans un contexte de ressources restreintes, font évoluer les frontières des professions de santé.

Prenant exemple d'expériences réussies dans d'autres pays et à la faveur de l'évolution et de l'harmonisation des diplômes des professions paramédicales en Europe, la France développe en 2004³ un programme encadré par la loi pour tester des transferts de compétences.

Alors que ces expérimentations se révèlent positives, et que les outils juridiques et méthodologiques sont créés pour faciliter leur élaboration, les protocoles de coopération entre professionnels de santé peinent à émerger. Ils reposent sur des initiatives locales difficiles à transposer à d'autres équipes en raison de l'organisation des équipes. Si elles constituent de nouveaux modèles de coopération en interdisciplinarité, elles suscitent de

¹ BERLAND Y., GAUSSERON T., 2002, mission démographie des professions de santé, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Paris, 110 p

² loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

³ Loi N° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

la méfiance des professionnels comme des représentants des ordres professionnels, des craintes de transfert des actes vers d'autres professionnels en activité libérale.

À ce jour un seul protocole a été signé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) PACA.

Dans le cadre de ce mémoire, la question qui guidera notre travail et notre réflexion portera sur le thème suivant : quelles sont les conditions nécessaires à l'émergence de nouvelles coopérations entre professionnels de santé ?

À partir de ce questionnement, plusieurs hypothèses sont envisagées :

- 1 Le soutien aux professionnels de santé pour se projeter dans ce nouveau dispositif est insuffisant : il existe une forme d'auto censure en pensant que l'exercice est réservé aux établissements qui en ont les moyens : les CHU (incidence sur l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et le calcul des effectifs) ; crainte d'une augmentation de la charge de travail ; positionnement dans l'équipe, le pôle ou l'établissement ; question de la validation de la formation pour exercer.

Nous recherchons des éléments pour identifier les craintes des professionnels et des établissements qui ne souhaitent pas s'engager dans cette démarche.

- 2 Les professionnels sont dans une incertitude juridique sur ces nouvelles formes d'exercice : la responsabilité accrue dans le contexte d'une plus grande judiciarisation de l'exercice, le questionnement sur la lecture des textes par les juges en cas d'accident.

Nous souhaitons savoir si les aspects de responsabilité juridique freinent les établissements ou les professionnels.

- 3 Un soutien institutionnel est nécessaire pour permettre le dialogue et l'arbitrage entre catégories professionnelles.

Nous recherchons les indices qui faciliteraient le développement des coopérations.

La question de la coopération entre professionnels de santé intéresse le directeur des soins tant en gestion qu'en institut de formation car elle est une source de développement des bonnes pratiques, elle peut être une source de motivation pour des équipes performantes et donc un facteur d'attractivité et de fidélisation pour les professionnels

médicaux et paramédicaux. Elle renforce l'attrait vers la formation initiale en ouvrant le champ d'application de l'exercice professionnel. L'évolution des professionnels paramédicaux est rendue possible vers d'autres compétences que managériales ou de spécialités. Là où la démographie des professionnels de santé pose problème elle peut aussi renforcer la cohésion des équipes par la reconnaissance de leur maîtrise sur ces territoires.

Sur le plan méthodologique, le projet de cette étude se développe et se construit en plusieurs étapes. La première partie consiste à apporter un éclairage théorique des différents concepts en lien avec les coopérations entre professionnels. Pour mieux définir le sujet, une recherche bibliographique et documentaire a été effectuée à partir des différents termes en lien avec les coopérations professionnelles.

La deuxième partie propose une analyse à partir des données recueillies par des entretiens lors de l'enquête de terrain réalisée auprès de professionnels de CHU et de centres hospitaliers (CH). Les résultats sont confrontés aux hypothèses.

La troisième partie, préconise les pistes de développement pouvant promouvoir localement ces nouvelles pratiques de coopération. Mais ils restent tributaires de l'environnement et du contexte de chaque établissement.

1 Les coopérations entre professionnels de santé : une idée issue de l'expérience d'autres pays

Les pays dans lesquels se sont développées les coopérations professionnelles présentent tous des difficultés d'accès aux soins en raison de la démographie des professionnels de santé, des disparités géographiques d'accès aux soins et notamment liées aux conditions climatiques relevées. Le vieillissement de la population médicale est un aspect décisif des décisions pour mener ces expériences et les entériner, auquel s'ajoute l'aspect des dépenses de santé, problématique générale à tous les pays.

1.1 Des pratiques existantes dans d'autres états

Les formes de coopérations prennent différents visages. Le rapport économique de Mireille Elbaum⁴ fait le point sur les expériences internationales.

1.1.1 Outre-atlantique et en Europe

Aux États-Unis où « les principaux problèmes de santé sont liés à son coût, la problématique principale (...) est celle de la substitution des professionnels de santé ». Au Royaume unis la question est le faible niveau de qualité des soins. « (...) Les champs d'intervention des différents professionnels se sont modifiés depuis le début des années quatre-vingt-dix.⁵ » Dans ces pays les infirmières ont été encouragées à collaborer avec les médecins généralistes par des incitations financières. Elles exercent un droit à prescription limité depuis 1990. En Suède, ce système sera mis en place en 1994. Ces « pratiques avancées » sont encadrées par des règles de bonnes pratiques, de mise à jour des connaissances, de formation, de documentation et de responsabilité. Et M. Elbaum souligne que « les coopérations entre professionnels s'inscrivent dans des organisations très différentes de l'offre de soins et de la médecine de ville ; leur analyse est ainsi fortement dépendante de cet environnement. »⁶

⁴ ELBAUM M., décembre 2007, enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, HAS

⁵ ibidem

⁶ ibidem

Ainsi, l'émergence du développement de ces nouvelles pratiques apparaît plus volontiers dans les pays où la démographie médicale est plus faible et où les conditions climatiques isolent des territoires comme en Suède ou au Canada. On retrouve donc ces spécificités « parmi les pays de l'OCDE, le Royaume-Uni, les États-Unis et le Canada qui semblent être les trois pays les plus avancés dans le domaine des coopérations entre professionnels de santé⁷ ».

1.1.2 Des initiatives françaises de développement

Les conditions de mise en place d'expérimentation en France ont été créées par la loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. L'article 31 disposait : « des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transferts de compétences entre les professions médicales et d'autres professions de santé peuvent être prévus par dérogations aux articles L.4111 du code de la santé publique par arrêté du ministre chargé de la santé. Cet arrêté fixe les modalités précises de cette expérimentation et notamment la nature et la liste des actes, la durée de l'expérimentation, les établissements et les services qui en sont chargés, les conditions de mise en œuvre ainsi que les modalités de son évaluation. »⁸

Seize expérimentations ont eu lieu en 2 vagues entre 2004 et 2007. Elles ont été limitées et ont concerné notamment, la prise en charge de patients diabétiques, des patients suivis dans des centres d'hémodialyse, des patients atteints du virus de l'hépatite C des patients nécessitant une radiothérapie, ou encore la collaboration des ophtalmologistes et des orthoptistes.

Par ailleurs, en 2007, une enquête sur les pratiques actuelles, lancée par la Haute Autorité de Santé (HAS) sur Internet auprès des professionnels montre l'existence de coopérations informelles et fait apparaître chez les soignants une confusion des termes et définitions mais aussi des glissements de tâches.

L'expérimentation s'inscrit bien dans une évolution des métiers et des compétences qu'il convient d'encadrer pour s'assurer de la sécurité des conditions de mise en œuvre notamment sur le volet de la formation et de la supervision des activités.

⁷ ibidem

⁸ loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

1.1.3 Un bilan positif des expérimentations permettant une généralisation sous conditions

Réalisé par le Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH) pour la HAS, le bilan a été publié dans le document intitulé « la réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé »⁹.

Ce bilan qualitatif et quantitatif porte sur les expérimentations menées en milieu hospitalier et note « que la délégation de compétence n'a pas que pour seul objectif de résoudre à terme les problèmes de densité médicale. Elle est également sous tendue par le souci de conserver une qualité de soins dans notre pays et certainement de l'améliorer par une plus grande disponibilité des médecins pour les tâches et activités qui le nécessitent. »¹⁰ Les objectifs principaux étaient de répondre aux incidences de l'évolution démographique médicale, de prendre en compte les évolutions des technologies médicales mais aussi d'améliorer la prise en charge des patients, enfin de valoriser ou donner des perspectives de parcours professionnels aux professionnels paramédicaux.

Les expérimentations ont été classées en 2 groupes par la HAS. Celles qui sont centrées sur un acte technique identifié (échographie...) et celles qui concernent un segment de prise en charge (en cancérologie...).

L'analyse réalisée par le CNEH observe que « lorsque l'expérimentation n'a pas eu d'antériorité sur le terrain, (...) leur vision (des professionnels) est réduite, partielle, fragmentaire voire encore inexprimée pour ce qui a trait à l'acceptabilité sociale de la délégation ou de la pratique collaborative (...) lorsque ce recul est plus important, l'analyse porte sur une réalité ancrée dans une réalité éprouvée et les observations formulées s'appuient sur des résultats concrets (gain de temps médical, amélioration de la prise en charge du patient (...)) lorsque le recul est plus important, l'analyse porte bien plus sur une organisation en place que sur un projet expérimental ».¹¹

⁹ CNEH, février 2008, Réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé, HAS

¹⁰ CNEH, février 2008, Réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé, HAS

¹¹ ibidem

Quatre typologies ont été proposées. Les actes délégués sont tous à visée diagnostic et l'interprétation est strictement le domaine réservé du médecin. Pour les pratiques collaboratives, le professionnel paramédical se voit déléguer un rôle spécifique dans la prise en charge en équipe. La délégation d'actes ou de pratiques fortement protocolisés et à visée thérapeutique (comme dans les actes à visée diagnostique où le médecin intervient ou peut intervenir à tout moment). Enfin la mise en œuvre de pratiques collaboratives intégrées dans un ensemble coordonné de prestations concourant à la prise en charge optimale d'un patient (exemple : la prise en charge de patients atteints de l'hépatite C par l'infirmier(ère)).

Du point de vue de la dynamique socio-économique, les expérimentations ont été réalisées à effectifs constants et n'ont pas permis d'observer des gains car pour le temps médical, trop peu de patients ont été inclus et d'autre part, pour les IDE, elles n'assurent plus leurs tâches habituelles quand leur activité est dédiée à des missions de coopérations.

Néanmoins ces contraintes économiques et budgétaires ont été prises en compte par certains promoteurs comme des opportunités de changement dans les organisations et ces dernières rendues plus faciles dans les grandes structures.

Du point de vue de la dynamique professionnelle, « le contenu des activités prises en charge, les modalités d'exercice professionnel, les modes de régulation des compétences, les modes de coopération et de régulation avec les médecins et le positionnement dans l'organisation influent sur l'identité professionnelle des infirmières concernées et interpellent celle des médecins (...) l'émergence d'une culture partagée sur l'évolution des contours des métiers réside dans la force de l'apprentissage de ces nouveaux mode de coopération par les médecins et les infirmières(...)»¹².

L'analyse définit enfin des éléments clé pour la généralisation qui seront repris dans la méthodologie des protocoles : une définition et la description des contenus, une formation adaptée permettant aux professionnels d'assumer un pouvoir décisionnel de façon aisée et une coopération construite, fondée sur une confiance réciproque et une définition précise des rôles médicaux et paramédicaux, des modes de supervision par les médecins, des méthodes de suivi et d'évaluation. Mais également un « déploiement qui requiert d'être piloté ».

¹² ibidem

1.2 Les coopérations entre professionnels en France

Le bilan positif de l'expérimentation trouve sa traduction dans la réforme hospitalière de 2009.

1.2.1 La définition française : Article 51 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire

Le dispositif réglementaire retenu par le législateur français est inscrit dans l'article 51 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) transposé dans le code de santé publique aux articles L 4011-1 à 3 du Code de Santé Publique. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé sont définies comme :

- une nouvelle répartition de tâches existantes, dans une logique de substitution ;
- la répartition de nouvelles tâches, dans une logique de diversification des activités¹³.

L'initiative de proposer un protocole revient aux équipes. La démarche est volontaire. La position des ordres professionnels paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues) et médicaux (médecins, sages-femmes, pharmaciens, chirurgiens dentistes), au lendemain de la publication des textes, « désapprouve totalement les dispositions contenues dans l'arrêté, daté du 31 décembre 2009, relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé prévus par l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009. Ces dispositions prévoient que des professionnels, qui n'ont pas les titres nécessaires, puissent pratiquer des actes ou des activités qui ne relèveraient pas de leur domaine de compétence légal, dans le cadre de protocoles de coopération, après avoir reçu l'autorisation du directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS)». ¹⁴

La question de l'identité professionnelle abordée dans l'analyse du CNEH¹⁵ exprime les craintes sur le niveau de qualité des soins engendrés par ces nouvelles dispositions. Depuis les positions des ordres professionnels se sont un peu assouplies, les professionnels interrogés dans le cadre de ce travail, sont en recherche d'informations. C'est ainsi que tous les établissements n'ont pas organisé une communication sur ce

¹³ HAS, ONDPS, délégation, transfert, nouveaux métiers, comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé, recommandation HAS

¹⁴ Communiqué de l'ordre national des médecins du 15 janvier 2010

¹⁵ CNEH, réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé, HAS, février 2008

nouveau dispositif et ces nouvelles pratiques. Les renseignements sont alors recueillis lors des échanges professionnels, à l'occasion de congrès ou de journées thématiques, et ces derniers ne sont pas toujours positifs. Ainsi, parmi les éléments collectés lors des entretiens, l'image renvoyée par les premiers rapports comme celle d'une « délégation de tâches » à forte valeur négative.

Le souhait de voir évoluer ses pratiques ne doit pas entraîner, selon les professionnels, un sentiment de « dévalorisation des activités comme étant celles dont certains groupes souhaiteraient se décharger ». La formation paraît être l'élément sur lequel pourrait s'appuyer une vision positive, les contours des métiers vont évoluer vers des compétences élargies et les formations devront accompagner cette évolution. Déjà la réforme du LMD (Licence, Master, Doctorat) implique une réingénierie des formations paramédicales qui doit permettre au « monde de la santé de mieux appréhender les exigences pour l'obtention d'un label universitaire et de son côté, le monde universitaire de mieux apprécier les spécificités qui s'attachent à la formation des professionnels de santé »¹⁶. Pour l'instant, les professionnels sont suspicieux sur la qualité des formations validées dans le dispositif des coopérations. La crainte de formations « locales » est exprimée. Pourtant le processus de validation du protocole est très encadré.

1.2.2 Une méthodologie de construction très encadrée

Deux niveaux sont requis pour l'autorisation : un niveau de validation et un niveau d'autorisation.

La méthodologie de construction du protocole est décrite dans les guides publiés par la Haute Autorité de Santé (HAS)¹⁷. Les professionnels de santé soumettent à l'ARS un protocole de coopération selon un modèle type. Celle-ci s'assure de la recevabilité du protocole et vérifie que ce dernier répond à un besoin de santé constaté au niveau régional. L'ARS transmet ensuite le protocole à la HAS qui émet un avis favorable (ou défavorable). Dans ce cas, elle peut demander un complément d'information ou de

¹⁶ HENART L., BERLAND Y., CADET D., rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, janvier 2011

¹⁷ HAS, coopération entre professionnels de santé, guide méthodologique tome 2, élaboration d'un protocole de coopération, article 51 de la loi HPST, HAS, juillet 2010

mesures supplémentaires à mettre en œuvre. L'ARS autorise la mise en œuvre du protocole par arrêté et transmet pour information ce dernier à l'instance régionale ou interrégionale de l'ordre compétente et à l'union régionale des professions de santé libéraux (URPS).

La HAS peut aussi étendre le protocole à tout le territoire national. L'ARS autorise dans ce cas la mise en œuvre du protocole étendu par arrêté et informe la HAS. Enfin un décret détermine les modalités d'intégration d'un protocole étendu dans la formation initiale ou le Développement Professionnel Continu (DPC).

Le guide est complété par une grille de protocole qui peut être téléchargée sur le site de la HAS. Le processus semble long et complexe aux professionnels qui s'engagent dans la démarche. Le délai de réponse peut être de 6 mois si tout va bien sinon, il faut compter des délais supplémentaires pour les échanges entre les partenaires concernés dans les cas de compléments d'information.

Interpellée par la Fédération française hospitalière, la HAS précise que « La procédure mise en place (...) pour instruire les projets qui lui sont adressés par les agences régionales de santé (ARS) est fondée notamment sur le recueil des avis des instances ordinales et des sociétés savantes des professions concernées et sur une grille interne d'analyse comprenant 33 critères, a expliqué Sophie de Chambine¹⁸.

Devant le caractère innovant de la démarche, elle a également initié une offre de services auprès des ARS, comprenant une lecture technique des protocoles réalisée en amont de la saisine officielle. »¹⁹

1.2.3 Un seul protocole validé

L'évaluation des expérimentations est positive or un seul protocole est validé en juillet 2011. Il concerne la pratique des myélogrammes (prélèvement et examen de moelle osseuse) par des infirmières et infirmiers formés à l'Institut Paoli-Calmettes dans les Bouches du Rhône. Pratique jusque là réalisée par des oncologues.

Cette autorisation a été entourée d'une large communication.

D'autres sont en voie de publication, la HAS a treize projets déposés. Malgré tout, les expérimentations permettaient de penser que les promoteurs de ces équipes pourraient rapidement faire valider leur pratique.

¹⁸ Chef de service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades, HAS

¹⁹ HOSPIMEDIA 24 juin 2011

Au moment où nous terminons ce travail, d'autres protocoles sont en cours de validation notamment un au Centre Hospitalier de Rouen concernant la réalisation d'échographies réalisées par les manipulateurs d'électroradiologie (déléguées) validée par les médecins (délégants).

1.3 Un dispositif qui peine à se déployer

Des tentatives d'explications à rechercher dans plusieurs directions

1.3.1 Des réticences des professionnels soumis à un exercice réglementé

Le rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire²⁰ parle des «professions et des professionnels soumis à un système rigide et cloisonné (...), leur construction selon un régime d'autorisation aboutissant à un système peu mobile par nature et cloisonné, propose des carrières linéaires aux modes de rémunération rigides». En effet, un décret d'exercice codifie les actes pour les kinésithérapeutes, IDE, pédicures podologues, orthophonistes, ergothérapeutes, orthoptistes, chacun respectant son champ de compétence.

Le diplôme d'état (DE) est considéré comme la garantie que la personne a les compétences. Malgré cela, la codification des actes permet déjà des activités dans des champs de coopération. Ainsi pour les infirmiers (ères), « le décret de compétence français donne la possibilité d'investir le champ de la prévention, de l'éducation thérapeutique du patient, de la promotion de la santé, de l'accompagnement fin de vie. Mais dans la réalité ce champ, peu valorisé, est peu investi par les professionnels par manque de temps, de connaissances et de financement. Il ne donne pas la possibilité de prendre en charge le suivi de patients atteints de pathologies chroniques d'une manière autonome et ne donne pas la possibilité aux infirmiers d'effectuer des actes médicaux. Le

²⁰ HENART L., BERLAND Y., CADET D., rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, janvier 2011

droit de prescription des IDE est récent (2007). Il reste limité au matériel et il est encadré par le médecin.²¹».

Certains professionnels et directeurs de soins dans les centres hospitaliers restent donc sceptiques quant à la valorisation de ces nouvelles pratiques car les modes de rémunérations sont relativement rigides, et l'affectation de moyens humains supplémentaires modérée pour certaines catégories de paramédicaux.

D'autre part les professionnels restent prudents et ne souhaitent pas « abandonner » à d'autres des champs de leur activité. Cela semble le cas de médecins et de kinésithérapeutes rapportés dans les entretiens.

Un exercice qui est conduit à évoluer sous l'impulsion de la mise en place de la réforme des études paramédicales bien que certaines formations aient pris du retard dans l'application de la réforme.

1.3.2 La réforme Licence Master Doctorat (LMD)

L'harmonisation européenne des diplômes et favoriser le rapprochement avec l'université sont les objectifs des accords de Bologne signés en 1999. La formation des IDE est d'ores et déjà inscrite dans cette évolution. Cette réforme permet aux IDE une mobilité dans l'union européenne, une reconnaissance du grade licence à l'issue de la formation, une revalorisation salariale dans l'exercice hospitalier. Enfin elle leur permet de poursuivre un cursus de formation vers un master (reconnaissance des pratiques avancées) et un doctorat. Ainsi s'offre aux IDE, la possibilité de pouvoir s'inscrire plus facilement dans une démarche de recherche. Le ministère de la santé a déjà lancé en 2010 un appel à projet pour des Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP). En 2011, vingt et un projets en été retenus sur 113 dossiers déposés. Ils seront financés sur trois ans.

La réforme LMD permet également d'harmoniser les maquettes pédagogiques selon un modèle unique et un découpage en unités d'enseignement avec l'acquisition de crédits (ECTS). Elle est cours de mise en place pour les manipulateurs d'électroradiologie (septembre 2011 pour les formations DE, 2012 pour la formation sanctionnée par le

²¹ ELBAUM M., décembre 2007, enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, HAS

brevet de Technicien Supérieur (BTS)), et en attente pour les masseurs kinésithérapeutes (suite à l'interpellation par un député du ministère du travail et de la santé à l'été 2011).

Il convient de souligner que si la circulation des IDE est possible dans l'union européenne, leur champ de compétence et d'activité n'est pas partout le même. Ainsi, Au Royaume Uni comme en Suède, les infirmiers ont un droit de prescription plus ou moins encadré. La France a accordé un droit de prescription aux infirmiers(ères), limité à du matériel médical en avril 2007.

Le conseil international des infirmières (CII) qui regroupe au niveau mondial 131 associations nationales propose de regrouper la diversité des spécialités et des spécificités sous le vocable « pratique avancée » définie comme étant «une infirmière spécialiste / experte est une infirmières diplômée d'état qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir faire nécessaire aux prise de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de leur métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Le niveau de base recommandé est celui de la maîtrise (bac+4) ». On peut ainsi retrouver dans cette définition l'exercice des infirmières cliniciennes, des infirmières anesthésistes et des puéricultrices.

L'évolution de ces modalités de formation est récente, les premiers infirmiers diplômés selon le nouveau référentiel avec une validation en licence commenceront à exercer à l'été 2012. Les bénéfices de cette universitarisation sur le terrain de la clinique ne pourront être appréciés qu'avec un peu de distance.

Cependant un récent mémoire publié par le SIDIIEF²² souligne que « l'efficacité du rôle de praticienne avancée a été démontrée sur la sécurité et la satisfaction des patients, la prévention des ruptures de service, l'amélioration à l'accès à des soins de qualité, la réduction des coûts en écourtant la durée d'hospitalisation (...) loin d'être l'exercice d'une médecine à bon marché, la pratique avancée a tout le potentiel requis pour répondre à la complexité des besoins de santé des personnes (...) par le déploiement de meilleurs pratiques et le renforcement de la collaboration interprofessionnelle »²³. L'amélioration du

²² Secrétariat International Des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone

²³ KEROUAC S., sous la coordination de, mai 2010, la formation universitaire des infirmières et infirmier, une réponse aux défis des systèmes de santé, SIDIIEF

niveau de formation des professionnels semble donc un élément contribuant à une meilleure prise en charge, susceptible de développer les coopérations.

1.3.3 Les décrets des actes professionnels : un cadre juridique à la responsabilité des professionnels

Le rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire de L. Hénard²⁴ a déjà souligné la rigidité et le cloisonnement du dispositif français. Ce dernier est amené à évoluer sous l'impulsion du LMD et de l'article 51 de la loi HPST.

Le « contexte juridique des établissements de santé, en mutation avec une inflation normative axée sur le renforcement et la consécration des droits des patients dans un contexte de judiciarisation de la relation patients / professionnels de santé, le renforcement des obligations légales et réglementaires des professionnels de santé suite à des accidents ou dommages (INC, hépatite C...) ²⁵, peut rendre frileux les professionnels à ces nouvelles formes d'exercice. La question de la responsabilité revient dans les entretiens avec les médecins mais aussi les responsables du dossier à l'ARS.

D'autre part, le directeur des soins est contributif à l'élaboration de la politique générale de l'organisation : « concilier efficience, qualité des soins et satisfaction des professionnels²⁶ ». Un équilibre est donc à trouver pour permettre à chacun d'exercer dans un climat de sécurité.

Le contexte juridique est prégnant d'autant que la HAS souligne dans des recommandations²⁷ que les champs de compétences et l'exercice des infirmiers étant réglementés, le vocabulaire devient sensible à manier dès lors que l'on touche aux représentations des actes. Ainsi pour les termes « délégations et transferts : les travaux du groupe juridique nous amènent à penser qu'ils peuvent générer des confusions

²⁴ HENARD L., BERLAND Y., CADET D., 2009, rapport relatif au métiers en santé de niveau intermédiaire

²⁵ VILLENEUVE P. 16 mars 2011, « *présentation des outils de coopération de soins entre professionnels de santé* »

²⁶ MARTINEZ F., juin/juillet 2009, « Dossier les performances », *Gestions hospitalières*, n°487, p 348.

²⁷ Délégation, transferts, nouveaux métiers (...) Comment favoriser des formes nouvelles de coopérations entre professionnels de santé p. 22, recommandations HAS en collaboration avec l'ONDPS, 2008

importantes, notamment en ce qui concerne la responsabilité des uns et des autres (...) selon le droit pénal, seule la loi peut autoriser un professionnel à porter atteinte à l'intégrité corporelle d'un être humain et cette autorisation n'est ni délégable ni transférable ». Or les transferts dans le cadre des expérimentations comprennent des actes techniques qui relevaient jusqu'alors exclusivement de la pratique médicale.

1.3.4 Une méthodologie contraignante

Les professionnels sont unanimes. La procédure administrative apparaît comme « lourde » notamment en ce qui concerne la composition du dossier de proposition d'un protocole qui répond à des principes rigoureux, puis du délai de réponse. Ces éléments sont de nature à freiner les équipes et les établissements qui ne bénéficient pas suffisamment d'un soutien méthodologique. Cette difficulté a été soulignée par la Fédération française hospitalière (FHF). Elle « déplore des blocages et deux années après la promulgation de la loi HPST, aucun protocole déposé par les professionnels auprès de vos services compétents (HAS) n'a été validé, constate "avec regret" le président de la FHF, Jean Léonetti, dans une lettre au président de la Haute autorité de santé (HAS), datée du mercredi 15 juin 2011. Ce dernier précise qu'une enquête des délégués régionaux de la FHF auprès des établissements a révélé "un certain nombre de dysfonctionnements, notamment la lourdeur de l'élaboration du protocole, la complexité du circuit de validation mis en place par la HAS ainsi que le manque de visibilité et de communication au niveau national (...) Une telle situation est "source de démotivation des professionnels médicaux et paramédicaux" et un "frein au développement d'une dynamique au sein des établissements pour s'engager dans ce domaine", alerte-t-il.

Soulignant qu'il s'agit d'un dossier "prioritaire" pour la FHF en raison des défis à relever en termes d'égalité d'accès aux soins, de démographie médicale et d'évolution des modes d'exercice des professionnels, il demande à Jean-Luc Harousseau²⁸ d'engager "rapidement" une réflexion sur cette question. »²⁹

Dès lors, pour les professionnels des centres hospitaliers interrogés la démarche apparaît comme étant « une énergie à entreprendre trop risquée face aux résultats attendus ».

²⁸ Président du collège de la HAS

²⁹ HOSPIMEDIA , 24 juin 2011

2 Les conditions de coopération : un climat de confiance à établir

2.1 Méthodologie

2.1.1 La recherche documentaire et bibliographique

C'est la première étape qui permet de clarifier le thème choisi. Elle se poursuit tout au long du travail afin d'actualiser la réflexion et enrichir l'analyse. Dans le cas présent, les recherches se sont aussi orientées et enrichies à travers des rapports, des ouvrages, des articles professionnels, des interviews.

Elles se sont également appuyées sur des enseignements délivrés au cours de la formation à l'EHESP³⁰.

2.1.2 La présentation des lieux d'enquête

L'enquête s'est déroulée au sein de deux CHU, deux CH, un institut de formation d'électroradiologie, deux ARS, répartis sur 4 territoires de santé et 3 régions.

Le CHU se situe de façon excentrée sur un territoire de santé. Il dessert un bassin de population réparti sur 3 départements. Il comprend 2641 lits et places répartis sur 15 sites. Les spécialités médicales et chirurgicales sont regroupées sur 13 pôles. Cet établissement offre un centre de simulation pour les professionnels de santé.

Le CH 1 est un centre de référence d'un secteur sanitaire qui dessert une population de 100 000 habitants. C'est le troisième établissement de sa région. Il offre des soins de proximité répartis sur 8 pôles et comprend 1300 lits et places. Un IFSI et un IFAS sont adossés à cet hôpital.

Le CH 2 : Il s'agit d'un établissement public de santé hospitalier MCO et de rééducation situé au nord ouest du territoire de santé desservant un bassin de population de 90 000 personnes qui se caractérise par son vieillissement. Entre 2005 et 2015 la population de plus de 75 ans augmentera de 21 % et les plus de 85 ans de 76%.

³⁰ Cours P. VILLENEUVE. Et J. ORVAIN Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

Sur le territoire l'offre de soins publique est variée et relativement importante : il y a 4 établissements dont la distance la plus importante entre établissements de santé est au maximum de 70 Km. De plus, il existe une offre de soins concurrentielle chirurgicale privée (chirurgicale pour l'établissement concerné et l'établissement de référence du territoire de santé) L'établissement dispose de 5 pôles cliniques et un pôle médico-technique C'est un établissement de 715 lits et places répartis sur 2 sites. Il comprend 6 pôles d'activités cliniques et médico-techniques et un pôle ressource. Le site principal est situé en agglomération urbaine et comprend les activités de MCO, l'accueil de personnes âgées et l'Hospitalisation à domicile (HAD).

Les 2 CHU sont situés chacun à 190 Km de distance chacun à l'extrémité de la région La présence d'un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et un Institut de formation d'aides-soignants (IFAS) sur le site permet de nouer des collaborations pour le recrutement et la fidélisation de professionnels infirmiers.

L'ARS 1 : située dans la moitié nord de la France, elle est caractérisée par un déficit chronique de professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Elle développe une politique volontariste pour attirer des nouvelles recrues. Elle a également une situation sociale dégradée³¹ avec un taux de chômage supérieur au taux national, un taux de mortalité prématurée supérieur à la moyenne, un état de santé médiocre dû à des facteurs anciens (alcool, tabac), des difficultés d'accès aux soins. Enfin, elle a une forte proportion de cancers professionnels notamment dus à l'amiante.

L'ARS 2 : située dans la moitié sud de la France, elle est caractérisée par une population en meilleur état de santé que la moyenne nationale et a une espérance de vie parmi les plus élevées de l'Europe. Elle se caractérise par une prévalence plus élevée de certains cancers que la moyenne nationale et c'est également le cas également de maladies cardiovasculaires. C'est une région plutôt bien dotée en médecins spécialistes³².

L'Institut de formation des manipulateurs en électroradiologie (IFMEM) : il se situe dans un pôle de formation aux métiers de la santé adossé à un CHU. Il comprend 3 cadres formateurs permanents et un référent pédagogique.

³¹ données de l'ARS et de l'Observatoire régional de santé (ORS) 2010

³² données recueillies sur le site de l'ARS 2011

2.1.3 La réalisation de l'enquête

L'enquête a été réalisée par des entretiens sur place pour les CH et le CHU ou par entretien téléphonique (pour les deux ARS).

Nous nous sommes entretenu avec un président de CME, 2 directeurs des soins et un coordonnateur général des soins, un cadre du pôle médico-technique et un manipulateur d'électroradiologie, deux directeurs délégués d'ARS, un radiologue enfin un cadre formateur d'un centre de formation d'électroradiologie. Il n'a pas été possible d'entrer en contact avec une IDE et un autre médecin en raison de congés, soit au total dix entretiens réalisés.

Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien sur une période de stage et en dehors. Ils ont en moyenne duré une heure. Le guide a été réalisé à partir de la question de départ.

2.1.4 Les limites

Les entretiens ont été menés dans un nombre limité de structures et de professionnels, les conclusions ne peuvent qu'établir des tendances et ne pas être considérées comme généralisables. Les caractéristiques des ARS diffèrent dans leurs situations géographiques et leurs besoins de santé. Elles offrent dès lors des mesures d'accompagnement très différentes. Le choix des établissements même s'ils se situent sur des régions proches ont des caractéristiques propres qui ne les rendent pas attractifs de la même manière. Ces établissements diffèrent par leur configuration et leur situation au regard de la problématique.

2.2 L'analyse de l'enquête

Après retranscription des entretiens, le travail d'analyse a consisté à regrouper à l'aide d'une grille d'analyse thématique les données recueillies lors des rencontres avec les professionnels.

Les grands thèmes exploités sont la démarche d'implantation, la formation, la valorisation des actes, l'insécurité juridique, le soutien institutionnel.

2.2.1 La démarche d'implantation du dispositif

La démarche pour l'implantation du dispositif de coopération entre professionnels sur le terrain apparaît comme une initiative des établissements de santé et des directeurs de soins en particulier. C'est vrai pour les centres qui sont importants comme le CHU et le CH de référence sur le territoire alors même qu'ils se trouvent sur deux départements. Ils ont une sensibilisation à la prévention des risques, soutenue dans les démarches de certification et ont, par l'organisation du système déclaratif formalisé ou non, des remontées d'informations sur les pratiques professionnelles « déviantes ».

Un établissement a organisé un recensement d'informations formalisé, un autre recherche par le biais de déclarations plus informelles les pratiques qui pourraient s'inscrire dans ce dispositif.

Les directeurs sont conscients des risques encourus par les professionnels et les patients du fait des « glissements de tâches ». Ils souhaiteraient voir régulariser les activités par la conception de protocoles compte tenu des difficultés de recrutement sur certaines compétences.

L'objectif est de faire réfléchir sur la notion de responsabilité tout en mobilisant sur un projet plus innovant. C'est un jeu d'équilibre. Des pratiques identifiées comme communes à deux établissements permettent d'envisager des alliances pour favoriser les conditions de création et de proposition d'un protocole. « L'évolution des compétences est au cœur des préoccupations de toute organisation qui veut rester efficiente »³³. Les directions de soins font malgré tout face à des oppositions qui sont liées au fait que les professionnels ne souhaitent pas « lâcher » de façon formelle des actes alors même qu'ils les « délèguent » faute de professionnels. Il y a la crainte exprimée de « voir partir des actes ». Ainsi, pour le médecin alors même que les manipulateurs en électroradiologie souhaiteraient un peu plus d'autonomie et profiter de cette de cette évolution car « aujourd'hui tellement de tâches sont automatisées qu'il y a une perte d'intérêt ». Pourtant cette question est tabou : « avant le chef de service n'était pas pour, maintenant elle n'est pas contre (...) ». Cependant, les professionnels reconnaissent que les délais de rendez vous sont importants pour des examens d'IRM et de mammographie et qu'il manque 2 radiologues.

Le recrutement médical est difficile mais les raisons invoquées par les médecins pour refuser cette évolution, ressemblent plus à des alibis qu'à de « vraies raisons » : « on fait

³³ LE BOTERF, G., mars 2010, « professionnaliser », éditions d'organisation, p140

face, la charge de travail est lourde et c'est de notre responsabilité. Certains gynécologues font des échographies et ils nous renvoient des patientes », alors déléguer cette tâche à des manipulateurs en radiologie, ils ne s'y sentent pas prêts. Cette absence de dialogue et de possibilité d'évolution est une source aussi de démotivation pour des professionnels.

Ces difficultés une des ARS interrogée a choisi de les prévenir. Elle a ainsi mis en place une aide avec l'appui conseillère technique de santé pour guider les professionnels dans la rédaction des protocoles. Car nous dit le représentant d'une ARS « les conseils de l'ordre siègent au collège de la HAS, il vaut mieux avoir discuté des problèmes avant plutôt que de les voir resurgir dans les débats à la fin. D'autre part, les délais d'examen des dossiers à la HAS sont longs actuellement. Deux mois sont nécessaires pour la recevabilité et c'est forclos si la HAS ne l'a pas examiné dans ce temps. C'est intenable pour les équipes. Ensuite des comités d'expertise doivent statuer de façon plus fréquente. Le collègue se réunit une fois par mois, il en faudrait deux ou trois par mois pour fluidifier le système. »

Cette ARS a organisé le recensement du potentiel des protocoles dans sa région d'ici à la fin de l'année pour qu'ils soient formulés et formalisés.

Par ailleurs, la question de la formation et des compétences à acquérir est un élément de préoccupation important pour les acteurs.

2.2.2 La formation

La formation est un élément « phare » dans le dispositif. Les professionnels paramédicaux sont conscients de la nécessité de se former ou de parfaire des enseignements fondamentaux.

Ainsi, la pratique des échographies par les manipulateurs en électroradiologie exige de l'avis même des professionnels une reprise incontournable de l'apprentissage des repères anatomiques. Cette formation théorique devra être parachevée par un entraînement à la pratique en tandem avec le médecin. Seulement ces formations contraignent les volontaires à un déplacement dans un centre universitaire ce qui peut handicaper les établissements éloignés des CHU.

Les directeurs des soins sont plus circonspects. La formation apparaît à certains comme une « nébuleuse » car ce n'est pas de la formation initiale. La crainte est que la formation

soit « locale » et que les IDE n'aient qu'une « habilitation ». Il y a des gestes qui demandent un niveau de connaissances conséquent pour réagir vite et de manière adaptée lors de leur réalisation». La compétence renvoie à une combinaison de « savoir, savoir-faire et savoir être» en situation.

Parmi ces directeurs, ceux qui ont travaillé sur le montage de dossiers de coopérations trouvent « qu'elle (la formation) paraît conséquente et qu'elle donne du crédit au dispositif. Les dossiers sont verrouillés du point de vue formation ». « Couplé au dispositif LMD cela représente une expertise pour les infirmières ».

Cependant les temps d'apprentissage sont longs, « l'accompagnement prend du temps et on veut voir des résultats rapidement » reconnaît un président de CME. On y viendra s'il y a pénurie. La question des compétences revient toujours dans les « dire ». Le souhait est que la formation initiale (et aujourd'hui les nouveaux référentiels de formation), intègrent ces nouvelles pratiques et le socle de connaissances qu'elles requièrent.

La vision des directeurs des soins est plutôt celle d'une formation universitaire de type master ou Diplôme Universitaire (DU) pour que la reconnaissance accompagne ces nouvelles compétences. Pour l'entraînement pratique, le développement des centres de simulation est une source d'expérimentation en équipe de nouveaux gestes techniques ou de prise en charge. Ainsi au CHU de Brest, les IDE s'entraînent au prélèvement de cornée sur des animaux dans un de ces centres.

Pour les autorités (HAS, DGOS), la solidité de la formation est un gage de sécurité pour les usagers. Rappelons que le Collectif Inter Associatif pour la Santé (CISS, association d'usagers en santé³⁴) s'est montré opposé au dispositif des coopérations en raison de craintes sur la solidité de la formation. Le CISS préférerait la qualification qui correspond à une aptitude juridique résultant de la possession d'un diplôme ou d'un titre équivalent.

Enfin, le coût de la formation est encore un élément discriminant pour les établissements qui sont éloignés des CHU (durée de formation, remplacements à envisager, frais de déplacement...).

³⁴ le CISS regroupe 37 associations intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires de personnes malades et handicapées, de personnes âgées, de consommateurs et de familles.

2.2.3 La valorisation des actes

Même si le cadre et le manipulateur en radiologie ont exprimé qu'ils n'avaient pas d'attente financière particulière, cet élément ne doit pas être négligé. Les actes ne sont pas encore valorisés par la T2A et sont souvent codifiés par des actes médicaux. Mais le processus est complexe car cette question est également celle de la prise en compte dans le droit de la sécurité sociale de la reconnaissance de nouvelles compétences. Elle peut être schématisée en 4 étapes : la reconnaissance dans les décrets d'actes du professionnel ; la reconnaissance de l'acte par son inscription dans la nomenclature générale des actes professionnels ; la décision d'inscription de l'acte dans la liste des actes remboursés prise par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) ; la fixation du tarif de l'acte par voie conventionnelle (valeur unitaire rapportée à la lettre clef fixée dans la nomenclature).

En établissement de santé, cette valorisation pose également la question de l'augmentation du nombre des professionnels sur les actes courants pour compenser les activités relevant des coopérations. Cela fait peur aux établissements qui ont déjà peu de marges pour répondre aux besoins de santé et ou qui sont dans un plan de retour à l'équilibre où tout départ de spécialiste dans ces centres hospitaliers peut entraîner une baisse d'activité. Elle sera aussi difficile à compenser dans un contexte de pénurie et de manque d'attractivité. Dans cette perspective, le contrat d'objectif et moyen peut aussi être un outil de négociation et d'aide des établissements de santé. Même si leur autonomie en matière financière est faible, les ARS peuvent soutenir les actions innovantes quand elles répondent à un besoin de santé sur le territoire.

Actuellement, une des deux ARS interrogées soutient le financement de la formation des professionnels qui s'engagent dans ce dispositif. Quant à la deuxième interviewée, elle argue les difficultés financières et ne veut pas y voir un obstacle au développement des coopérations. « Comment la question de la pérennité du financement de ces nouvelles fonctions prend-elle place dans la logique budgétaire globale de financement des établissements ? C'est bien d'abord au niveau politique, ensuite au niveau des ARH (demain ARS) que la réponse se trouve »³⁵. C'est ainsi que le rapport du CNEH abordait la question en 2008. Ce débat ne semble pas encore tranché.

³⁵ CNEH, évaluation qualitative des expérimentations des coopérations entre professionnels de santé, février 2008

En conclusion, comme toute démarche récente, l'élaboration des protocoles de coopération tâtonne et cherche la démarche la plus appropriée qui entraînera les professionnels dans cette voie innovante.

Elle a besoin pour s'affirmer de reposer sur un corpus de formation reconnu par tous les professionnels y compris les médecins pour désamorcer les craintes sur la qualité des nouvelles pratiques mises en œuvre. À ce titre, l'évolution de la formation et de la validation de cette dernière par la reconnaissance du LMD est encore trop récente pour en apprécier les résultats sur le terrain. Les infirmiers seront les premiers diplômés selon ce dispositif en 2012. L'information et la communication sur ce nouveau processus semblent encore trop restreintes. Même si la coopération entre professionnels de santé a fait l'objet de campagnes d'information en régions, elle reste à l'initiative des professionnels dans les établissements où les relais sont assurés le directeur des soins. Ce dernier peut se trouver isolé par la position initiale des ordres professionnels, et le soutien plus ou moins fort des autres acteurs comme les ARS ou dans leur établissement le président de CME.

Enfin, l'absence de valorisation des actes est préjudiciable dans les « petits établissements » qui n'ont que peu de marges pour répondre aux professionnels en termes de charge de travail, sauf pour quelques catégories comme les manipulateurs d'électroradiologie (du fait de la raréfaction de radiologues sur des territoires de santé). Cela semble confirmer la première hypothèse toutes proportions gardées, compte tenu des limites exprimées pour ce travail.

2.2.4 L'insécurité juridique

Le risque juridique est surtout abordé par les professionnels et en particulier par les médecins comme argument principal pour refuser l'engagement vers une coopération. Est-ce une vraie crainte ou bien est-ce un alibi pour ne pas en discuter avec les équipes et refuser de développer ces pratiques, alors même que certaines groupes professionnels n'hésitent pas devant les glissements de tâches. Les remontées d'information du terrain sont explicites sur ces pratiques.

Le rapport HAS sur les aspects juridiques HAS version du 2 août 2007 précise qu'il faut « sensibiliser les professionnels au fait que l'acceptation d'un « transfert » ou d'une

délégation de compétence non organisée par la loi constitue un exercice illégal de la profession à laquelle appartient le délégant. Il semble nécessaire de faire évoluer les modes de définition des professions principalement en référence à un double critère : leurs missions et les limites de ces dernières notamment pour les professions d'auxiliaires médicaux. Enfin, admettre les chevauchements de compétence qui permettent d'entrer dans le système de soins par différentes professions et de supprimer « l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs d'analyse médicales non médecins »³⁶.

Aujourd'hui, les professionnels pensent que la technologie est aidante et que la notion de responsabilité est déjà très présente dans leur exercice. En cas de doute, la collaboration avec le médecin doit fonctionner, « on ne travaille pas seul » dit ainsi cette manipulatrice d'électroradiologie pour qui le dialogue avec le radiologue est « impossible » : le radiologue ne « délègue » rien et n'envisage de le faire sous aucune forme. Peut-être parce que les « structures sauvages » sont aujourd'hui perçues comme des risques par les présidents de CME et que la pression sur les files d'attente des usagers n'est pas sanctionnée par ces derniers. « Les patients sont ... patients » dit encore ce cadre de radiologie.

Il n'en reste pas moins que les risques de fuite des patients vers des structures plus réactives sont réels. L'implication plus forte des présidents de CME³⁷ dans la qualité des soins va-t-elle modifier cette vision ? Dans « l'Art.D. 6143-37.- le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la commission médicale d'établissement. Il est chargé du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. » Cela renforce la prudence des médecins vis à vis des transferts non protocolisés mais ce n'est pas suffisant. Identifier des pratiques a quand même permis

³⁶ HAS, les nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé : les aspects juridiques, service médico-économique et santé publique, octobre 2007

³⁷ décret du 30 décembre 2009 relatif au président de CME

aux directeurs des soins, de « recadrer des tâches ». C'est ainsi le cas pour les masseurs kinésithérapeutes qui délèguent aux aides soignants des actes relevant du rôle propre infirmier.

Cependant si la question de la sécurité juridique semble encadrée par le système assurantiel prévu dans la procédure d'autorisation d'un protocole, elle inquiète quand même un directeur des soins qui a « trouvé le représentant du ministère venu présenter les coopérations dans son établissement, évasif sur le sujet ». Dès lors, comment peut-on convaincre ses équipes sur des éléments qu'elles ne manqueront pas d'évoquer et qui sont jugés trop incertains.

Le directeur d'ARS peut lier l'autorisation et l'adhésion des professionnels au protocole pour s'assurer de l'expérience et la formation des professionnels par les soignants.

À ce titre le rapport HAS, sur les aspects juridiques des coopérations de 2007³⁸, précise que « les définitions délégation, transfert de tâches ou d'actes sont à éviter (...) (ils) ont un sens juridique (...) puisque même un dictionnaire non spécialisé (dictionnaire Robert) en fait état (...) et propose d'utiliser l'expression « nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé » dont le dictionnaire Robert donne la définition suivante : « action de participer à une œuvre commune. Apporter sa coopération à une œuvre commune. Apporter sa coopération à une entreprise. Concours : en toute coopération, on est en quelque sorte dépendant de ses collaborateurs et solidaire avec eux ». Les professionnels doivent intervenir dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience et disposer d'une garantie assurantielle portant sur le champ du protocole.

En conclusion, il semble bien que les postures « bloquent » sur l'incertitude juridique. Les professionnels n'appréhendent pas cette question dans toutes ses dimensions. De quoi suis-je responsable quand je confie une tâche à un autre ? ce dernier est-il suffisamment compétent pour les assurer ? Le rapport de la HAS souligne d'ailleurs les difficultés sémantiques que posent ces coopérations. Elles ne seront résolues à terme, qu'avec une évolution de la formation. Cette question est aussi en discussion sur le terrain car elle modifie les représentations des groupes professionnels les uns par rapport aux autres. Qui suis-je si je ne fais plus ce pourquoi j'ai été formé ? La formation continue

³⁸ les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques, HAS, service évaluation médico-économique et santé publique, octobre 2007

a bien sur permis aux soignants d'évoluer mais en restant dans les champs de compétences traditionnels définis par les décrets de compétence du métier.

Cependant cette question n'a pas assez été explorée pour valider l'hypothèse 2.

2.2.5 Le soutien institutionnel

Les directeurs, correspondant des établissements de santé pour la question des coopérations au sein des ARS, semblent avoir une position territoriale individuelle. Il n'y a pas chez les personnes interrogées de réseau organisé inter-régional et donc pas de concertation et d'attitude commune délibérée, même si l'un d'eux le regrette. Les protocoles doivent bien sur répondre à un besoin de santé sur le territoire : l'ARS peut ou non choisir une attitude proactive. Selon les priorités de la région, elle a toute latitude pour inciter à la création de protocoles de coopération et « préparer le terrain » notamment, faciliter le dialogue avec les médecins. L'autre position est d'attendre que les professionnels remontent et expriment leurs propositions. Les postures rigides en particulier du conseil de l'ordre des médecins et d'autres professionnels constituent des freins à l'émergence de ces coopérations et peuvent expliquer d'une région à l'autre ces postures. C'est sans doute ces résistances qui sont aussi à l'origine de la formulation du texte de loi : la démarche est « volontaire ». Il est plus facile aux équipes qui coopèrent déjà et qui se connaissent de se faire confiance pour développer ces pratiques. « Le développement des coopérations viendra des établissements car il existe une culture », nous dit l'un d'eux .

Ces chargés de mission reconnaissent malgré tout que la démarche est beaucoup « trop formalisée car c'est une dérogation légale et il s'agit de ne pas compromettre la santé des usagers. « Cela doit être rassurant pour la tutelle ».

Cette procédure considérée comme lourde et complexe a aussi été dénoncée par la Fédération Hospitalière Française (FHF). Un directeur chargé du dossier en ARS explique quant à lui que le guide méthodologique fourni par la HAS est peu ergonomique. Les allers-retours entre les protagonistes peuvent être longs. C'est ce que la HAS a d'ailleurs expliqué dans un communiqué publié dans Hospimédia du 24 juin 2011 :

« La HAS a reçu 13 saisines, sachant qu'un protocole peut venir deux fois, a confirmé Sophie de Chambine, chef du service des maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades à la HAS. Elle a précisé que la HAS avait

"connaissance" d'une cinquantaine de projets, tous à des états différents d'avancement. La formalisation d'expériences existant depuis plusieurs années a créé "beaucoup de difficultés", a reconnu Marie-Andrée Lautru³⁹.

Les "difficultés récurrentes" observées à partir des premières saisines officielles et des lectures techniques portent sur la rédaction du protocole qui est en effet exigeante, a reconnu Sophie de Chambine en observant qu'il n'était pas toujours facile de mettre par écrit une organisation. Les professionnels de santé et les ARS doivent en particulier faire attention à l'identification et à la définition des actes dérogatoires puisque c'est uniquement sur ces actes que les protocoles doivent porter.

Les protocoles doivent également parvenir à définir le contenu et la durée de la formation que devra suivre la personne à qui l'acte est délégué. Des difficultés apparaissent aussi sur la gestion des risques et les événements indésirables, ainsi que sur la définition des indicateurs. Il faut que le protocole ait un intérêt pour les trois parties prenantes, "le délégant, le délégué et le patient" et bien prévoir les modalités d'information du patient, a insisté Sophie de Chambine⁴⁰. Les projets présentés sont consacrés à des actes (dépistage de la rétinopathie diabétique, réalisation de bilans urodynamiques, réalisation de ponctions médullaires en crête iliaque postérieure, réalisation d'actes d'échographies), ou à des suivis (maladies chroniques ou dépistage de patients) ou entrent dans des cadres organisationnels particuliers (unité de dialyse organisée dans le cadre de la télémédecine). » Enfin devant le caractère innovant de la démarche, Sophie de Chambine a également initié une offre de services auprès des ARS, comprenant une lecture technique des protocoles réalisée en amont de la saisine officielle.

Ces explications plaident bien en faveur d'une démarche pédagogique destinée à rassurer tous les acteurs sur la solidité du dispositif mais n'en reste pas moins considérée comme administrativement longue et fastidieuse en raison de répétitions.

Une fois les équipes engagées dans une démarche, le souhait de voir concrétiser les résultats rapidement, crée de l'impatience. D'autant que les directeurs des soins bénéficient d'un soutien inégal sur le terrain. « La mise en place est progressive malgré la volonté du ministère » reconnaît l'un d'eux et « j'ai peu d'aide du Directeur de l'Agence Régionale de Santé ».

³⁹ chargée de mission à la direction générale de l'organisation des soins (DGOS)

⁴⁰ chef de service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades, HAS

Cependant, le dialogue en interne a évolué. « Le comité de pilotage médical et paramédical mis en place, fonctionne et dorénavant un point sur le développement local du sujet est posé à l'ordre du jour de chaque rencontre de la CME ». C'est ainsi que dix protocoles ont pu être soumis à l'ARS dans son établissement.

Une autre stratégie consiste pour des directeurs des soins à s'allier sur des thématiques communes pour tenter de trouver des synergies de coopérations inter établissement et éviter que le travail « soit l'histoire d'une énergie perdue ». Les travaux de coopération entre établissements sur les territoires renforcent l'esprit même de la coopération. Cela a souvent permis aux équipes de ces établissements de se connaître, d'identifier des problématiques communes. Cela a aussi conduit à la mutualisation d'outils, à la participation à des travaux de groupe, à l'élaboration de procédures ou de protocoles sur des pratiques de soins, d'hygiène...

Autant de préalables qui instaurent un climat de travail propice au partage des difficultés comme des éléments facilitateurs et qui aujourd'hui leur permet de confronter leurs stratégies et d'unir leurs efforts.

Enfin la dernière position est celle d'attendre que d'autres centres hospitaliers ouvrent la voie, considérant que ce sera plus facile, et ce d'autant, qu'actuellement « il n'y a pas de sollicitation locale ». Aucune information n'ayant par ailleurs été donnée de façon descendante par l'institution, aucune information ascendante n'est rapportée sur les souhaits des professionnels. Ce que ce cadre exprime par cet aveu : « si on souhaitait que cela se fasse, on nous en parlerait ». Il y a là une forme d'auto censure qui peut interpeller sur la nature et les modalités du dialogue social.

Tous ne sont pas dans cette approche. Ainsi, le Coordonnateur général des soins du CHU considère qu'il a un rôle moteur et d'aide à la démarche sur le territoire de santé qu'il dessert.

Conclusion : la démarche choisie par les autorités est un développement des pratiques à partir du niveau local, là où s'expriment les besoins de santé et où les initiatives sont attendues. Elles y ont des chances d'aboutir par delà les postures de corporatismes professionnels. Seulement si la voie est séduisante, le chemin semble ardu. « L'élaboration puis l'instruction des protocoles est un "exercice subtil et compliqué", a

souligné Bruno Anquetil, chargé de mission de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Haute-Normandie »⁴¹.

La démarche est locale, l'appui des ARS est plus ou moins appuyé et les postures des professionnels en interne sont fondées sur des résistances, des incertitudes juridiques et le doute sur l'acquisition de solides compétences.

Au cours de ce travail, nous avons pu repérer l'importance

- De rassurer les professionnels sur l'évolution des métiers et compétences
- De s'approprier les outils et la démarche
- De communiquer et faire émerger les résistances
- De manager le changement

Ce sont ces constats qui nous permettent de formuler des propositions pour promouvoir ces nouvelles pratiques professionnelles.

⁴¹ HOSPIMEDIA 24 juin 2011

3 La politique de la direction des soins et les coopérations : propositions

C'est aux directeurs des soins que revient souvent l'initiative de développer ces nouvelles activités. Leur position dans les établissements les rend plus attentifs à ces questions car « l'évolution des compétences est au cœur des préoccupations de toute organisation qui veut rester efficiente »⁴².

Le contexte actuel des établissements de santé dans un environnement concurrentiel et où les ressources sont limitées les invite à explorer de nouvelles pistes pour trouver des réponses adaptées aux besoins de santé. La loi HPST place le directeur des soins dans le directoire, elle lui permet ainsi d'être associé aux évolutions stratégiques de son établissement puisqu' « il conçoit la politique de soins en cohérence avec les besoins des territoires au sein Schéma Régional d'Organisation Sanitaire »⁴³. Ses connaissances sur les métiers du soin et l'organisation des soins le place au cœur du débat. Il doit cependant trouver les collaborations et les appuis qui lui permettront de développer ces nouveaux dispositifs.

3.1 Les facteurs de réussite

Anticiper les freins, concevoir un environnement favorable, préserver les identités professionnelles, recruter des professionnels motivés, promouvoir une démarche participative, sont autant d'éléments retrouvés dans le guide de recommandations publié par la HAS⁴⁴ qui paraissent évidents mais sur le terrain les choses sont plus délicates.

3.1.2 Le projet d'établissement

Associé au directoire de leur établissement, le directeur des soins participe à l'élaboration du projet stratégique du centre hospitalier. Ainsi, Le projet d'établissement⁴⁵ définit,

⁴² LE BOTERF G., 2007, « professionnaliser », EYROLLES, éditions d'organisation, p140

⁴³ Référentiel métier de directeur (trice) des soins

⁴⁴ Coopération entre professionnels de santé, juillet 2010, guide méthodologique n° 1, HAS

⁴⁵ Article L 6143-2 du CSP . Ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du CSP

notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

En tant que directeur des soins responsable de la définition et de la mise en oeuvre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique en articulation avec le projet médical, il y a matière à développer des complémentarités et à proposer des axes de travail sur le thème des coopérations.

C'est une opportunité qui permet de faire réfléchir les équipes sur le « futur », sur l'évolution des organisations et la qualité des soins. Pour cela, les directeurs des soins ont souvent tenté d'identifier les « coopérations informelles » en sondant les équipes et en utilisant tous les moyens dont ils disposent (en particulier les déclarations d'événements indésirables). Ils sont conscients que les coopérations peuvent constituer dans bien des situations à une réponse juridique aux « glissements de tâches » et une modalité de sécuriser l'exercice professionnel.

La construction du projet stratégique et de ses projets contributifs est un temps fort qui permet de mobiliser un grand nombre de professionnels du soin sur la politique de soins, ses modalités de mise en oeuvre et son évaluation. Il constitue un temps fort d'orientation, de discussion sur les soins, du niveau de qualité et de sécurité, du développement professionnel continu par la formation, enfin des pratiques d'évaluation.

Ainsi, comme le projet de soins s'adosse au projet médical, il apparaît comme un lieu de réflexion et de négociation possible sur la contribution mutuelle de développement de projets communs et du développement de nouvelles compétences.

Enfin, il est complété par d'autres volets entre autres, le projet qualité et le projet social qui apporte des réponses sur la formation et la gestion prévisionnelle des compétences.

3.1.3 La nouvelle gouvernance

La nouvelle gouvernance⁴⁶ prévoit une réorganisation interne de l'hôpital et s'attache à la réorganisation des services de soins en pôles d'activités. C'est une opportunité pour revoir l'organisation au sein de l'hôpital mais aussi un moment fort pour négocier en intra pôle et en inter pôle les dispositifs de coopérations. Le projet du pôle décline des objectifs de prise en charge et d'activités quantifiés qui nécessitent de développer et d'utiliser au mieux les ressources humaines et financières allouées.

L'interdépendance des pôles ou des structures sur un mode fournisseur/client contraignent les équipes managériales des pôles à prendre en compte les freins qui limitent leur activité dans un champ désormais plus large que le « service » ou parfois même l'hôpital. Les exécutifs de pôle s'orientent alors vers des propositions et des solutions différentes des modes d'organisation habituels.

De nombreux établissements ont délégué aux trio de pôle un directeur adjoint chargé de les soutenir et de faciliter le développement et la mise en œuvre de projets. Le directeur des soins est ainsi dans un rôle délégué d'aide et d'appui qui lui permet d'impulser une dynamique dans l'organisation des pôles dont il est référent.

Il contribue dans ce cadre à l'évolution des organisations, favorise l'émergence d'innovations et peut impulser et favoriser des projets de restructuration. C'est le sens de cette définition du management de Raymond-Alain Thietart : « Le management, c'est l'art ou l'action ou la manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler, de s'appliquer à tous les domaines de l'entreprise⁴⁷ ». L'innovation constitue un élément de développement des organisations auxquelles sont déjà entraînées les équipes hospitalières qui se fondent sur les travaux de recherche médicale pour faire progresser les types de prises en charge des patients.

Ainsi pour Norbert Alter, qui a observé deux logiques, « l'une centrée sur une organisation et l'autre qui vise à tirer partie de ces incertitudes pour innover⁴⁸ ». L'innovation fait référence dans ce cas à une nouvelle forme organisationnelle. Les coopérations entre professionnels constituent de ce point de vue des modes d'organisation innovants et les pôles, les lieux où elles peuvent émerger.

⁴⁶ Ordonnance n°2005 - 406 du 2 mai 2005.

⁴⁷ THIETART R., 2003, *Le management*, PUF Paris, p.7.

⁴⁸ ALTER N., 2000, *L'innovation ordinaire*, Paris PUF.

3.1.4 La coordination des acteurs

La nouvelle gouvernance vise aussi à rapprocher des cultures médicales, paramédicales et administratives. Ces dernières ne peuvent exister que dans le cadre d'une complémentarité effective. On assiste aujourd'hui dans certains établissements à une deuxième phase de structuration dans l'organisation en pôles.

Après une mise en place qui a permis à chacun des acteurs de se former à ces nouveaux outils, et à expérimenter ce nouveau mode de management interne, les périmètres d'activités s'affinent et les coopérations internes s'ajustent pour être plus pertinents et mieux répondre aux objectifs de la réforme et des besoins de santé. Cette organisation modifie la culture des équipes sur le plan relationnel, culturel ou managérial. Elle renforce la qualité des soins par le décloisonnement qu'elle génère.

Coopérer, c'est aussi savoir se coordonner et coordonner les activités en inter relation. C'est ainsi que les structures hospitalières modifient leurs organisations en les centrant davantage autour du patient. Ces nouvelles pratiques renforcent les actions de coordination. Les interfaces ont souvent été pointées dans les démarches de certification comme les maillons faibles de la prise en charge. La rédaction des protocoles obligent les équipes à détailler toutes les étapes et les interfaces des pratiques de coopération envisagées.

3.1.5 Le pilotage de la performance par la qualité et les indicateurs

La mise en place d'une démarche Qualité au sein des établissements de santé sous l'impulsion des ordonnances de 1996 qui prévoient une « accréditation »⁴⁹ puis la « certification » des établissements, crée progressivement une culture de l'évaluation. Elle permet la prise en compte de la prévention du risque « a priori » dans les processus de soins. Ce dispositif est complété par le développement d'indicateurs de comparaison⁵⁰ et permet, dans une certaine mesure, une évaluation de la performance du management des établissements de santé.

⁴⁹ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée titre II, art. 2

⁵⁰ DEVOS L, président de la HAS, « Discours introductif des rencontres HAS 2009 ».

C'est un instrument de pilotage et d'implication des acteurs de soins. Il peut être considéré comme « un outil de management, de communication, d'information et d'auto apprentissage⁵¹ ». Les coopérations peuvent être considérées comme des processus d'amélioration et d'évaluation des pratiques professionnelles encouragées par la HAS.

Les protocoles de coopération nécessitent le développement d'une culture de prévention du risque pour rassurer sur la qualité de la prise en charge. Ils intègrent des indicateurs de suivi et de résultats à de nombreuses phases du processus décrit. Les protocoles nécessitent encore, une bonne connaissance des indicateurs de santé pour leur élaboration sur les besoins de santé, les files d'attente, la démographie des professionnels, le nombre d'exams attendus...

3.1.6 La coordination et l'interdisciplinarité au service de l'efficacité

Si la démarche de coopération « s'incarne concrètement dans un protocole de coopération lequel précise les nouvelles modalités d'organisation des professionnels de santé pour la prise en charge des patients »⁵² des outils sont proposés pour permettre aux équipes pour faciliter leur démarche. Ainsi parmi les outils d'aide en ligne figure une liste de question à se poser avant de se lancer. Pour l'exercice salarié, il est ainsi rédigé « le directeur, le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, le président de la CME ou de la conférence médicale, le chef de pôle (...) sont-ils informés de ce projet de coopération »⁵³.

La démarche est donc placée sous la responsabilité et le regard des organes décisionnels de l'établissement. Elles implique tous les acteurs de l'établissements.

Même s'il est très descriptif, le protocole ne permet pas d'anticiper toutes les situations, il faut bien faire confiance à un professionnel compétent « celui qui prend des initiatives pertinentes dans des situations complexes évolutives inédites, qui coopère efficacement et qui fait appel si nécessaire à des ressources qu'il ne possède pas lui même. »⁵⁴, selon la définition donnée par Guy Le Boterf. Pour cela l'entraînement, en situation simulée et

⁵¹ LECLET H., VILCOT V., Indicateurs en santé, p. 39.

⁵² www.has-sante.fr/portail/jcms/c

⁵³ www.has-sante.fr/portail/jcms/c

⁵⁴ LE BOTERF G., 2006, *professionnaliser le modèle de la navigation professionnelle*, éditions d'organisation

l'accompagnement en situation clinique semblent les plus appropriés à développer et à impulser ce changement de pratiques.

L'ensemble des membres de l'équipe concernée doit s'approprier les outils et les réflexes collectivement. La mise en situation sera d'autant plus efficace que les groupes se connaissent et sont capables de se faire confiance. C'est déjà le cas dans de nombreuses équipes qui fonctionnent déjà en « coopération informelle. »

3.1.7 La place du patient

L'information du patient a été développée et formalisée par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002⁵⁵. L'information est un critère de l'évaluation annuelle du dossier patient comme des enquêtes de satisfaction « client » de type SAPHORA⁵⁶. Cette dernière sert de baromètre aux établissements dans les instances, notamment dans les Commissions de Relations avec les Usagers et la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC). Elle revêt une attention particulière dans les protocoles.

L'information au patient est un élément sensible dans le développement des nouvelles pratiques. Une enquête de la HAS avait évalué dans la phase expérimentale la satisfaction des patients dans l'organisation mise en place. En particulier sur la qualité des informations sur les nouveaux rôles respectifs des soignants, le degré de confiance des patients dans ces nouveaux rôles.

Les équipes vont devoir demander l'accord et tenir compte de l'avis du patient dans la mise en œuvre. Son consentement sera recueilli. Des interrogations sur la sécurité et la qualification des professionnels qui réalisent les actes peuvent se poser, elles ont déjà été exprimées par la voie du CISS⁵⁷, et il est important de les anticiper.

On peut aussi souligner que l'association française de Lutte contre les Infections Nosocomiales (le LIEN) qui est une association de représentants d'usagers a déjà donné une position négative lors de la présentation du protocole de coopération en région

⁵⁵ Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁵⁶ Enquête de satisfaction (téléphonique) des patients hospitalisés, menée depuis 2001 à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, (AP-HP)

⁵⁷ CISS Collectif inter associatif pour la santé

PACA, « le LIEN dénonce un protocole de soins "low cost"⁵⁸ : « Le premier protocole de coopération entre professionnels de santé en France signé le 13 juillet en région Provence – Alpes -Côte d'Azur (...), inquiète vivement l'association française de lutte contre les infections nosocomiales (LIEN), qui voit là avant tout "des accords de soins low cost destinés à remplacer des médecins par des paramédicaux".

Dans un communiqué, le LIEN rappelle ainsi sa ferme opposition devant cette démarche de coopération initiée par l'ARS, s'interroge sur l'effectivité de l'information de l'utilisateur et sur les responsabilités éventuelles en cas d'erreur dommageable voire de faute pour le patient.

À l'inverse, si elle ne s'oppose pas à un élargissement des compétences des professionnels de santé, notamment infirmiers, manipulateurs de radiologie ou techniciens de laboratoire, l'association estime que « cela nécessite d'introduire de nouveaux apprentissages officiellement dans les formations initiales des paramédicaux concernés [puis de] les valider par le diplôme d'État ».

C'est aussi un objectif à terme du dispositif de coopération, l'évolution des métiers sur le terrain va permettre une évolution de la formation initiale. Mais elle prendra sans doute un peu de temps.

Pourtant, si les usagers sont depuis de nombreuses années associés aux groupes de travail ou instances des établissements de santé, tous n'ont pas mené une politique identique d'intégration et de formation des usagers aux nouveaux rôles qui leur étaient réservés.

Ainsi, leur présence au Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), Comité de liaison Alimentation, Nutrition (CLAN) et aux groupes d'autoévaluation dans la 2^{ème} itération de la procédure de certification, les a peu à peu formés à la culture hospitalière quand les membres de ces comités leur ont permis et facilité l'expression. Ce rôle de formateur des usagers à nos « usages », notre « jargon », nos procédures, mais aussi de « donner à voir » notre réactivité, nos modes de réponses et de traitement des événements indésirables dans les établissements permet d'établir un lien de confiance dans le développement de nouvelles pratiques. Ils sont également une interface avec les usagers qu'ils représentent et c'est un point à ne pas négliger.

⁵⁸ HOSPIMEDIA 18 JUILLET 2011

L'information nécessite de prendre le temps, d'adapter son langage et la transmission d'information à celui qui vous fait face et à ses moyens de compréhension. Les canaux de communication et d'information actuels rendent cet exercice incontournable pour éviter les incompréhensions, et la recherche vers des sources peu fiables.

3.2 La stratégie managériale du directeur des soins

« Manager, c'est assurer la convergence entre le fonctionnement réel et le fonctionnement désiré et empêcher que les écarts s'amplifient⁵⁹ ».

Cette stratégie doit s'articuler autour d'un projet de changement avec les ressorts internes à l'établissement que le directeur des soins va pouvoir mobiliser et les ressources que les Agences Régionales de Santé vont lui offrir. Elle s'articule autour de plusieurs éléments.

3.2.2 La communication

C'est un élément essentiel dans le développement d'un projet. La communication doit être régulière, porter sur les objectifs, les modalités d'accompagnement, les étapes et s'adresser à tous les acteurs de l'ensemble de la chaîne du processus de soins.

Elle sert à rassurer les professionnels, permet d'ouvrir le débat à tous les niveaux et de faire émerger les résistances.

Il n'est sans doute pas neutre que deux directeurs des soins, du CHU et du CH de référence, aient choisi de faire une information aux étudiants de leurs écoles de santé.

C'est une façon de diffuser les messages et les infiltrer dans les organisations les plus fermées, par le regard extérieur d'un étudiant.

Elle est un vecteur qui permet aux acteurs, notamment auprès des cadres, de s'approprier les projets et de les relayer auprès des équipes.

Elle est construite sous forme de plan qui définit les phases de communication, les messages et les termes.

Elle doit permettre à chacun de pouvoir percevoir l'évolution et les différents temps de la démarche.

⁵⁹ MINZTBERG H., 1986, *Le pouvoir dans les organisations*, Paris : Edition d'Organisation, 679 p.

3.2.3 Le développement des compétences collectives

La définition⁶⁰ des compétences collectives nécessite un collectif de travail c'est à dire une équipe qui travaille à un objectif commun. Ses membres produisent un savoir agir en commun basé sur des conditions d'émergence au nombre des quelles on retrouve entre autre, l'organisation, la structure, la compétence, la communication.

La notion de compétence collective est un élément d'émulation. Elle met en valeur la capacité des équipes à créer des solutions innovantes dans des situations de crise.

Pour qu'une coopération interdisciplinaire fonctionne, il est nécessaire d'y associer le plus tôt possible l'ensemble des acteurs.

3.2.4 Les indicateurs de suivi du projet

Les indicateurs⁶¹ sont intégrés dans la loi HPST, la performance des établissements de santé sera mesurée selon 5 domaines (qualité, activité, organisation, ressources humaines et financières⁶²).

La démarche de promotion et de développement des pratiques de coopération nécessite des indicateurs d'avancée dans la démarche, comme les protocoles de coopération comprennent des indicateurs de suivi, garants de l'évaluation régulière des processus développés dans ce nouveau cadre. Il serait souhaitable également de s'assurer de l'harmonisation des pratiques dans le cadre de l'extension d'autorisation des protocoles dans toutes les ARS où des professionnels désireraient développer de nouvelles pratiques.

⁶⁰ AMHERDT C.H. et Al, les compétences collectives

⁶¹ Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins.

⁶² DGOS- HOSPI-MAG, ANAP, juillet 2010

3.3 Le changement de culture

3.3.2 L'influence et la conduite de changement

La culture de l'hôpital est différente des autres organisations. Cette spécificité est un frein au processus de changement « qui peut être considéré comme un problème sociologique⁶³ ».

L'hôpital est à la fois un lieu d'innovation technologique et est constitué de multiples sous ensembles d'acteurs susceptibles de générer des inerties fortes (la hiérarchisation des tâches et des acteurs y est importante). L'application des outils de gestion (projet d'établissement, Contrat d'Objectifs et de Moyens, indicateurs,...) et de recommandations comme seuls modes de régulation restent limitées.

Le rôle du directeur des soins dans le changement⁶⁴ dans ce cadre peut se décrire de la manière suivante. Il est nécessaire de donner de la cohérence au projet développé, « faire découvrir le futur »⁶⁵ aux professionnels, mais aussi créer et développer la confiance dans ces nouvelles formes d'organisation et les bénéfices qui y sont attendus.

Les professionnels se projettent ensemble dans la poursuite d'un intérêt général en développant de nouvelles capacités collectives tout en percevant leur intérêt personnel (évolution professionnelle à travers la formation, l'autonomie, de nouvelles responsabilités, l'implication dans des travaux de recherche, meilleure représentation sociale...).

Dans une organisation complexe (complexe est défini ici comme difficulté liée à la multiplicité des éléments et de leurs relations)⁶⁶, le changement nécessite de comprendre la dynamique des forces en présence. Ce que chacun a à y perdre ou à y gagner et transformer de nouvelles représentations.

On se trouve dans le cadre d'un changement construit avec une vision encore floue de l'avenir (ce qui constitue de l'incertitude).

⁶³ CROZIER M., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Edition du seuil, 500 p.

⁶⁴ LAUDE L., 2011, docteur en sciences de gestion, l'accompagnement du changement organisationnel, cours à l'EHESP

⁶⁵ LAUDE L., 2011, docteur en sciences de gestion, l'accompagnement du changement organisationnel, cours à l'EHESP

⁶⁶ Le dictionnaire Robert

3.3.3 La stratégie du directeur des soins

La démarche d'accompagnement exige donc d'être progressive et structurante. Elle est de nature à rassurer les professionnels qui s'y engagent tout en les encourageant, en montrant ce que chacun a et peut y gagner. Ce que souhaitent réussir les professionnels en renforçant l'adhésion et en cultivant le sentiment d'appartenance à l'organisation.

Tout changement suppose de définir la place des différents acteurs et de s'assurer l'adhésion des protagonistes. Pour cela il sera nécessaire d'identifier les résistances et de pouvoir les travailler.

Le projet n'est pas imposé, même s'il est encouragé par la loi et que les ARS peuvent exercer une pression pour développer les coopérations. Nous sommes sur une démarche volontaire. L'exercice va consister à expliquer, ré expliquer... le contexte (la démographie des professionnels de santé), les finalités (dont l'amélioration de la qualité de la prise en charge et l'accessibilité aux soins), faire adhérer (en particulier, l'opportunité pour chacun des acteurs en présence d'améliorer ses pratiques, d'évoluer dans l'environnement et d'ouvrir des perspectives plus larges) en encourageant (en développant une vision positive de ce changement).

Cette posture demande aussi de débattre largement et d'ouvrir les discussions pour accompagner les phases de résistance individuelles et collectives. Les phases peuvent s'accompagner de données contradictoires qui amènent à gérer l'incertitude.

Le management de cet exercice nécessite la présence d'alliés qui sont à la fois des relais dans l'action et la communication.

En interne, cet allié doit être recherché auprès du président de la CME car les pratiques de coopération le touche par les nouvelles activités concernées mais également par ses responsabilités dans la qualité et la prévention des risques associés aux soins.

En externe, les correspondants des ARS, mais aussi d'autres ressources comme on a pu l'apprécier dans l'enquête. L'alliance avec des directeurs de soins sur le même territoire de santé sur des problématiques identiques peut se révéler efficace pour répondre aux éléments du débat.

3.3.4 La culture de l'évaluation des pratiques

L'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins nécessite la mise en place d'une politique de l'évaluation qui s'ancre dans les pratiques à travers les démarches de certification des établissements. C'est un levier qui peut s'avérer puissant. Les soignants sont déjà habitués à une démarche de réflexion par l'évaluation des pratiques professionnelles, qu'ils peuvent transposer dans le processus d'élaboration de ces nouvelles pratiques. Plus l'établissement est inscrit dans ce déroulement plus l'adhésion est possible.

Les protocoles de coopération s'inscrivent dans cette démarche. Ils sont pédagogiques, car ils intègrent une réflexion commune aux différents partenaires. Ils exposent de façon précise tous les éléments contributifs à l'activité. Ils décrivent les gains attendus par la mise en œuvre pour les patients, et les professionnels impliqués dans le processus. Ils comportent par ailleurs une description des risques et des actions préventives prévues. En particulier en cas de difficultés, quelles sont les ressources à mobiliser (présence du médecin par exemple). Les expérimentations ont souvent permis de vérifier que la concordance entre les actes transférés à un professionnel et le médecin permettait une validation de l'acte ce qui renforce la confiance entre les parties prenantes.

Un système de signalement des pratiques complète ce dispositif

3.3.5 Le directeur des soins et le management par le projet

Choisir sa stratégie, c'est accompagner le changement individuel au service d'un intérêt collectif.

Un projet est défini comme une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement une réalité à venir. Il est défini et mis en œuvre pour élaborer une réponse aux besoins d'un utilisateur, d'un client ou d'une clientèle. Il implique un objectif et des actions à entreprendre avec les ressources données et des limites.

Il est caractérisé par sa complexité et, dans la mesure où il fait appel à des ressources et des compétences diverses à coordonner sa transversalité, il est interhiérarchique et pluridisciplinaire. Cela permet de mobiliser l'ensemble des acteurs de l'institution vers un objectif commun, considéré comme un élément priorisé dans l'établissement.

Cela nécessite de répartir les responsabilités et de mettre en place un pilotage facilitant la priorisation des actions contributives mais aussi les choix face aux autres projets.

Mettre l'établissement en projet c'est passer d'une gestion éclatée et intuitive à la préparation ordonnée d'un futur voulu.⁶⁷

C'est ainsi les moyens de se donner les moyens d'atteindre l'objectif.

⁶⁷ Lacroix Danielle Directrice de l'hôpital de Meulan

Conclusion

Fruit d'une évolution professionnelle, et d'une volonté d'améliorer l'accès aux soins les coopérations entre professionnels de santé ont trouvé une assise juridique à travers l'article 51 de la loi HPST mais peinent à se déployer.

Comme toute démarche récente, l'élaboration des protocoles de coopération entre professionnels de santé tâtonne et cherche la démarche la plus appropriée qui entraînera les professionnels dans cette voie innovante.

Le dispositif s'est entouré d'une phase d'expérimentation et d'analyse qui ont conduit les autorités à baliser les règles d'élaboration et d'autorisation. Elles sont encadrées, font l'objet de guides et de recommandations qui ont des vertus pédagogiques, mais sont sources de lenteurs dans leur le circuit de validation et d'autorisation.

Si elle suscite des envies, cette évolution, fait face à des résistances. Le processus émane des professionnels de santé car la démarche est volontaire. Sur le terrain, les établissements tentent d'impulser une dynamique de changement.

Les directeurs des soins sont souvent à la manœuvre. Leur connaissance des métiers et des organisations les place dans une position privilégiée.

Cependant les freins sont de plusieurs natures. Des difficultés liées à la démarche qui n'est pas suffisamment structurante. Il semble que les professionnels soient dans un déficit d'information. Déficit qui touche le sujet et la méthode même si les outils sont facilement accessibles, ils restent peu ergonomiques et ne sont pas forcément recherchés à la source par les professionnels.

D'autre part, les établissements de petite taille n'ont pas les ressources humaines suffisantes pour se lancer dans une démarche qu'ils perçoivent longue et incertaine.

Ainsi, les risques juridiques sont diversement appréciés et les messages institutionnels sont ressentis comme évasifs.

Parmi les sources de résistance on trouve les origines du développement du concept de coopération perçu de façon négative et cité par les professionnels. Ce dispositif représenterait un palliatif au déficit des professions médicales. Enfin, des interrogations sur la qualité du dispositif de formation et les moyens de son financement complètent un tableau qui est en tension.

Cependant, la mobilisation sur le terrain semble importante dans les établissements qui se lancent dans la démarche. Les appuis des autorités de tutelles en particulier des ARS

sont inégales, malgré cela, les directeurs de soins développent des stratégies locales et nouent des alliances de territoires pour faire aboutir leur projet.

Plusieurs éléments semblent importants à développer. Ainsi rassurer les professionnels sur l'évolution des métiers et compétences, s'approprier les outils et la démarche, communiquer et faire émerger les résistances, manager le changement.

La démarche semble devoir s'inscrire dans une démarche de projet dans laquelle le directeur des soins apparaît comme un acteur pro-actif.

Bibliographie

Lois

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Décrets

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel n° 095 du 23 avril 2002.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE Décret du 2005- 346 du 14 avril 2005 suite à la loi du 13 août 2004

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les EPS

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2010 – 449 du 30 avril 2010 relatif à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique dans les établissements publics de santé.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de la CME, vice président du directoire.

Arrêtés

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux coopérations entre professionnels de santé Journal Officiel n° 0012 du 15 janvier 2010

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS arrêté du 21 juillet 2010 relatif aux dispositions de suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération et de décision d'y mettre fin JO n°0175 du 31 juillet 2010

Circulaires

DHOS n° 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé.

Ordonnances

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du CSP

Ouvrages

ALTER N., 2001, *L'innovation ordinaire*, Paris PUF, 278p.

ALTER N., 2009 2010 , *Donner et prendre la coopération en entreprise*, La Découverte, Paris, 233p

DUPUY F., 1998, *le client et le bureaucrate*, Dunod 178p.

CROZIER M., FRIEDBERG H., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Edition du seuil, 478p.

LE BOTERF G., 2004, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 3^{ème} édition, Paris : Edition d'Organisation, 244 p.

LE BOTERF G., 2006, *professionnaliser, le modèle de la navigation professionnelle*, 5^{ème} édition, Paris ; Editions d'Organisation, 144 p.

LECLET H., VILCOT C., 2000, *Qualité en santé : 150 questions pour agir*, Paris : AFNOR, 478p.

LECLET H., VILCOT C., 2006, *Indicateurs qualité en santé, certification et évaluation des pratiques professionnelles*, 2^{ème} édition, La Plaine Saint Denis : AFNOR, 176p.

MINZTBERG H., 1986, *Le pouvoir dans les organisations*, Paris : Editions d'Organisation, 679 p.

MINTBERG H., 2004, *Le management, voyage au centre des organisations*, Paris : Editions d'organisation, 570p.

KAUFMANN, JC, 2007, *l'enquête et ses méthodes l'entretien compréhensif*, Armand Colin, Paris, 2^{ème} édition refondue

Articles de revues

LE BOTERF G., février 2010, « Développer les compétences collectives dans les hôpitaux et les centres de soins », *Gestions hospitalières*, n°493, pp. 87-91.

WATREMETZ L., 16 06 2011, les Etats généraux infirmiers : recommandations de la pratique infirmière rime difficilement avec coopération, HOSPIMEDIA, agence d'information du système hospitalier

BUSCAIL S., CHABOT JM., DERENNE R., LEMOIGN R., mars avril 2010, « coopérations entre professionnels de santé, enjeux et perspectives » *Revue Hospitalière de France*, n° 533, pp. 66-68

LAUTRU MA. mars avril 2010, « coopérations entre professionnels de santé, perspectives de déploiement » *Revue Hospitalière de France*, n° 533, pp. 70-72

COUDRAY MA., mars avril 2010, « formation des paramédicaux, la refondation » *Revue Hospitalière de France*, n° 533, pp. 74-78

MICHAUD S., juillet août 2011, coopération entre professionnels de santé un exercice partagé avant la redéfinition des métiers, *Revue hospitalière de France*, n° 541, pp. 16-20

CADET D., juillet août 2011, des métiers en santé de niveau intermédiaire, Revue hospitalière de France, n° 541, pp. 21-23

ANQUETIL B., juillet août 2011, coopération entre professionnels de santé et mise en œuvre des protocoles rôle des agences régionales de santé, Revue hospitalière de France, n° 541, pp. 24-27

PUGIN M., juillet août 2011, coopération entre médecins radiologues et manipulateurs d'électroradiologie médicale dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire CHU de Nancy/CHR Metz-Thionville, Revue hospitalière de France, n° 541, pp. 28-32

Guides

HAS, juillet 2010, « coopération entre professionnels de santé, guide méthodologique tome 2, élaboration d'un protocole de coopération, article 51 de la loi HPST »

HAS, décembre 2007, « les pratiques actuelles de coopération : analyse de témoignages des professionnels de santé », service évaluation économique et santé publique

Rapports

HENARD L., BERLAND Y., CADET D., janvier 2011, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, « professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer »

BERLAND Y., 2008, rapport présidé par , « la formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner » Ministère de la santé et des sports

ELBAUM M., décembre 2007, « enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé », HAS

CNEH, février 2008, « réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentation de coopération entre professionnels de santé », HAS,

Référentiels

Direction Générale de l'Offre de Soins, Centre National de Gestion, mars 2010, le référentiel métier du directeur (rice) des soins

Mémoires

KEROUAC S., sous la coordination de, mai 2010, la formation universitaire des infirmières et infirmier, une réponse aux défis des systèmes de santé, SIDIIEF

CAILLAVET-BACHELLEZ, 2010, le parcours de soin du patient, un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), EHESP

Sites Internet

Site de l'HAS : <<http://www.has-sante.fr>>

Site de la DGOS <<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>>

Ministère de la santé et des sports, 2009, coopérations entre professionnels de santé, fiche pédagogique HPST

« www.sante.gouv.fr/IMG/.../Cooperation_entre_professionnels_de_sante_4 »

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau des personnes interviewées

Annexe 2 : Grille d'entretien

Annexe 1

TABLEAU DES PERSONNES INTERVIEWEES

	CHU	CH	AUTRES
CGS	1	1	
Directeur des soins		1	
Cadres de santé		1	
Médecins		1	
Président de CME		1	
Manipulateur en électroradiologie		1	
ARS			2

Formateur en école d'électroradiologie			1
---	--	--	----------

Annexe 2

Grille d'entretien sur la coopération entre professionnels de santé

Thème 1 : Les difficultés des professionnels à se projeter

1. Présentation de la personne interviewée
2. Connaissance du dispositif des coopérations entre professionnels de santé
3. Ce sujet est-il développé dans votre établissement
4. Vous sentez-vous concerné par ces nouvelles pratiques
5. Pourquoi
6. Est-ce que vous pensez que c'est positif
7. Que pensez vous de la formation liée à ces dispositifs
8. Quels sont les freins et les moteurs du développement de ces pratiques

Thème 2 : l'insécurité juridique

1. Quelle est la politique de l'organisation des soins ?
2. Que pouvez-vous me dire concernant le projet d'établissement, du projet médical, du projet de soins ?
3. Des procédures de prise en charge spécifiques sont-elles élaborées ?

4. La charge de travail est-elle évaluée ?
5. Les personnels sont-ils formés
6. Quels facteurs permettent la réalisation de Coopération ?
7. Quels sont les objectifs du Coopération ?
8. Comment est organisée l'information autour du patient dans l'établissement ?
9. Comment s'impliquent les médecins, l'encadrement, la direction des soins

Thème 3 : le soutien institutionnel

Les acteurs du développement des coopérations

1. Quels rôles pour quels acteurs
2. Qui est impliqué selon vous
3. Les coopérations sont-elles discutées dans l'établissement
4. Dans quelles instances
5. Quels sont les projets développés
6. la gestion des risques est- elle organisée et comment ?

Quelle est l'implication des cadres dans le développement des coopérations au sein de l'établissement ?

REDON

Christine

2011

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2011

LES COOPERATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Résumé :

Comme toute démarche récente, l'élaboration des protocoles de coopération entre professionnels de santé tâtonne et cherche la démarche la plus appropriée qui entraînera les professionnels dans cette voie innovante.

Les règles d'élaboration et d'autorisation sont encadrées, font l'objet de guides et de recommandations qui balisent leur construction.

Nées du constat que les besoins de la population croissent et se transforment dans un contexte de baisse démographique des professionnels de santé, les coopérations entre professionnels de santé ont trouvé une assise juridique mais peinent à se déployer.

Le processus émane des professionnels de santé car la démarche est volontaire. Sur le terrain, les établissements tentent de susciter des envies et d'impulser une dynamique de changement.

Ce travail tente d'identifier les sources de ces difficultés et d'y proposer quelques pistes d'amélioration pour créer des conditions favorables à leur émergence.

Mots clés :

PROFESSIONNELS DE SANTE - COOPERATION - DIRECTEUR DES SOINS - CME
- PROTOCOLES – MANAGEMENT – FORMATION - LMD – ARS – HAS -
METHODOLOGIE

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions

émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.