

LES SYNTHÈSES DU LAB 2024



LES COOPÉRATIONS INTERPROFESSIONNELLES DES ACTEURS DE SOINS INFIRMIERS

Projet collectif du master Stratégies Territoriales et Urbaines 2023-2024

STRATÉGIES TERRITORIALES ET
URBAINES (MASTER)

Coraline Maillochon
Emilien Cousin
Cécile Bertin
Clara Batty

Tutrice : Eve Plenel

SciencesPo
CHAIRE SANTÉ

SciencesPo
ÉCOLE URBAINE

LE PARTENAIRE

SciencesPo CHAIRE SANTÉ

Créée en 2006, la Chaire Santé de SciencesPo vise à favoriser une approche transversale et pluridisciplinaire des questions de santé au sein de l'École. La Chaire a trois grands objectifs. Le premier cherche à initier des débats sur les questions relatives à la santé ; le second consiste en la stimulation de la recherche afin d'appréhender le système de santé dans sa globalité avec une approche pluridisciplinaire (économie, droit, etc) ; le troisième permet l'enrichissement des formations de l'École *via* des enseignements destinés à la fois aux étudiants et aux professionnels. La Chaire Santé collabore étroitement avec de nombreux partenaires académiques et institutionnels (parmi lesquels des universités françaises et internationales, l'EHESP, l'ARS Ile-de-France, Unicancer ou encore l'Ordre National des Infirmiers).

La Chaire Santé a collaboré avec l'Ordre National des Infirmiers (ONI) pour proposer ce sujet de projet collectif 2023-2024.

MÉTHODOLOGIE

Pour réaliser cette étude qualitative nous nous sommes à la fois appuyé sur la lecture de la **littérature scientifique et réglementaire** ; l'analyse **d'entretiens** menés par nos soins et la **comparaison** entre **trois territoires**.

D'une part, afin d'avoir une vision complète et précise du sujet, nous avons choisi d'étudier à la fois les **textes réglementaires et les débats institutionnels** relatifs à notre recherche mais également la **littérature scientifique en sciences humaines et sociales** sur les thèmes abordés.

D'autre part, la littérature scientifique ne nous permettant pas de comprendre toutes les dynamiques et les enjeux de la coopération, ce sont nos **entretiens et observations** qui ont permis d'éclaircir de nombreux points. Nous nous sommes entretenus avec différents **organismes de santé, nationaux, régionaux et départementaux**, afin d'avoir un aperçu des discours institutionnels et associatifs sur le sujet des coopérations et du métier d'infirmier. Ensuite, lors de nos **visites de terrain** à Epinal, Le Mans et Evaux-Les-Bains nous avons **rencontré et discuté avec des élu.es, des pharmaciens, des infirmier.es libérales et des médecins exerçant dans différentes structures** (cabinet libéral, Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, Communauté professionnelle territoriale de santé). Nous avons également pu, en nous rendant sur le terrain, procéder à des **observations**, participantes ou non, des lieux et des pratiques de soin infirmier.

De par la multiplicité des acteurs rencontrés mais aussi des trois territoires étudiés, notre approche sera fondamentalement **comparative**. Elle aura pour objectif de comprendre quels sont les différents impacts que peut avoir le territoire sur la coopération. Il est à noter que ce raisonnement comparatif ne se limitera pas à une objectivation de contrastes d'un territoire ou d'une institution à une autre mais aura à coeur de comprendre les **différents facteurs sociaux, économiques, ou encore structurels au fondement des diverses évolutions et différenciations**.

LES TERRAINS ÉTUDIÉS

Le choix des trois terrains d'enquête repose sur une analyse statistique de l'indicateur d'**Accessibilité Potentielle Localisée (APL)** aux infirmier.es libérales ou exerçant en centre de santé de moins de 65 ans en 2021 au niveau des bassins de vie métropolitains. L'APL est un indicateur créé par la DREES et l'IRDES afin de mesurer la **correspondance entre l'offre et la demande de soins de premier recours sur un territoire défini**. A partir de cet indicateur nous avons sélectionné des bassins de vie dont l'offre en infirmier.es libérales ou exerçant en centre de santé est relativement faible, sans l'être excessivement. En excluant ensuite de cette sélection les bassins de vie appartenant à des départements ayant moins de **30% de retraités**, nous disposons de bassins de vie correspondant à des zones touchées par un **vieillissement important** de la population et donc soumis à des **impératifs de santé importants**.

Figure 1 : Localisation des trois communes étudiées en France Métropolitaine



A partir de cette base de données réduite, une sélection de **trois territoires** a pu être réalisée. Afin que cette dernière soit la plus pertinente possible, les trois territoires ont été sélectionnés selon **différentes régions, caractéristiques démographiques et types d'espaces** (urbain, rural, littoral ou montagnard).

La **ville du Mans** (Pays-de-la-Loire ; Centre de la Sarthe), **d'Epinal** (Grand Est ; Centre des Vosges) et le **bassin de vie d'Evaux-Les-Bains** (Nouvelle-Aquitaine ; Est de la Creuse) ont ainsi été sélectionnés.

Une présentation détaillée de leurs caractéristiques est disponible sur le tableau ci-dessous (figure 2).

Figure 2 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des trois territoires sélectionnés

	Epinal	Le Mans	Evaux-Les-Bains
Localisation	Grand Est ; Centre des Vosges	Pays-de-la-Loire ; Centre de la Sarthe	Nouvelle-Aquitaine ; Est de la Creuse
Démographie	32 285 habitants	145 004 habitants	1 291 habitants
Type d'espace	Semi-urbain-montagneux	Urbain	Rural avec centre thermal
Retraités	33,7% (département)	31,3% (département)	39,8% (département)
Densité transports	Moyenne	Elevée	Faible
Couleur politique	Droite	Gauche	Aucune
APL médecins	4,196 (très satisfaisant)	3,028 (satisfaisant)	2,450 (insatisfaisant)
APL infirmier	96,7	83,7	87,4

Sources : Insee, DREES, Wikipédia

Figure 3 : Photos de terrains, de gauche à droite : Epinal, Le Mans, Evaux-Les-Bains



Crédits photo : Coraline Maillachon, Clara Batty

ENJEUX

Dans le cadre de ce projet collectif, la Chaire Santé de Sciences Po Paris nous a demandé de nous intéresser aux **coopérations des acteurs de soins infirmiers** afin de comprendre de quelle manière les **configurations de territoires** agissaient sur la **mise en place** et le **déroulement** des coopérations interprofessionnelles.

En effet, face à l'**inégaie répartition de l'offre de soins en France**, il est nécessaire de proposer aux populations des **solutions de proximité** adaptées à leur lieu d'habitation et en cohérence avec leurs besoins de santé. Pour ce faire, les **soins infirmiers sont au cœur de nouveaux enjeux de coopération**, c'est-à-dire d'interactions et de relations entre professionnels de santé dans le but de mettre en commun des compétences, des connaissances mais aussi des ressources afin d'améliorer le service aux patients.

Ces coopérations s'inscrivent dans une **volonté nationale de développement de collectifs de soins**, notamment engagée par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dite loi Buzyn, et par des pratiques nouvelles visant à dépasser les simples adressages entre professionnels de santé et à agir en concordance avec les **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** liées par un projet de santé commun. De manière générale, des **réformes législatives** successives ont encouragé la **mise en place de coopérations interprofessionnelles**, devenant alors un objectif politique en tant que tel. La loi de Santé Publique (2004), la loi HPST (2009), la loi Touraine (2016), la loi Buzyn (2019) déjà cité ou encore Ma Santé (2022) ont chacune apporté une brique à l'édifice des coopérations interprofessionnelles en santé. De plus, les ARS (Agence Régionale de Santé) ont été désignées pour déployer l'objectif «100% CPTS», «4000 **Maisons de Santé Pluriprofessionnelles** », les **Équipes de Soins Primaires** et les protocoles de délégation de tâches sur le territoire français.

Figure 4 : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en fonctionnement au 31/12/2022, extrait du *Plan d'action 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles* du Ministère de la Santé et de la Prévention en Juin 2023

Source : ATIH/observatoire des reconfigurations/retraitement DGOS - Extraction au 05/01/2023 - France entière

2251 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en fonctionnement au 31/12/2022

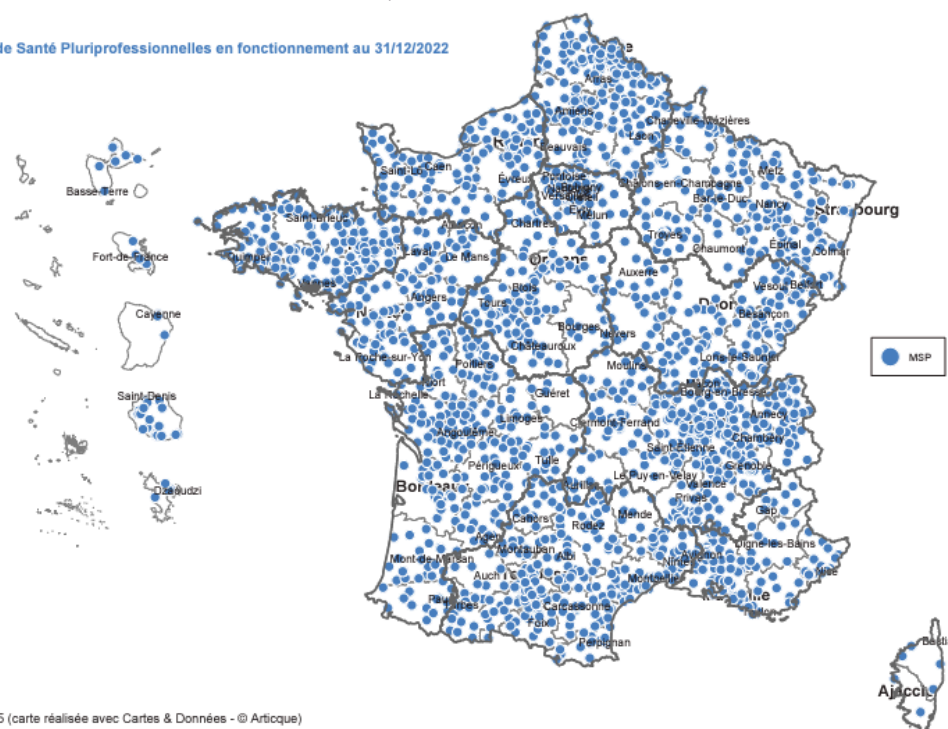
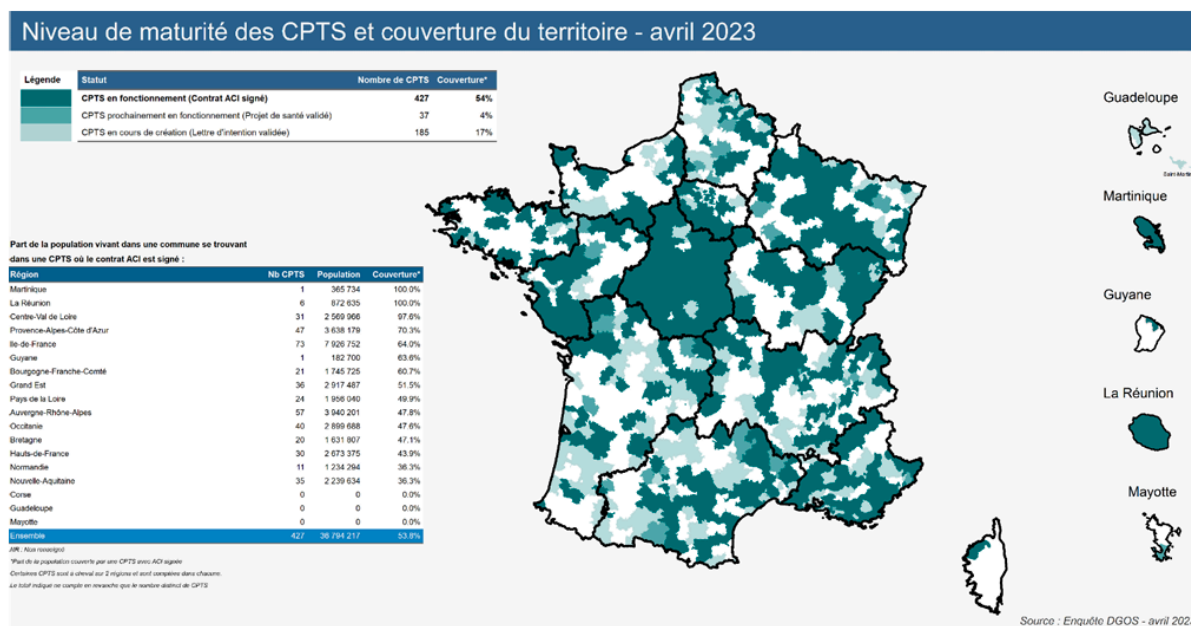


Figure 5 : Carte des zones couvertes et non couvertes en CPTS en avril 2023 (source DGOS) extraite du *Plan 100% CPTS* du Ministère chargé de l'Organisation territoriale et des Professions de santé en avril 2023



La pratique de la profession d'infirmier.e revêt aussi une grande **variété de missions, de lieux d'exercice et d'aspects techniques**. Pour étudier de façon cohérente les enjeux relatifs à leur présence, leurs collaborations professionnelles ainsi que leur répartition sur le territoire, il est dans un premier temps nécessaire de réduire le spectre d'étude à une branche spécifique des soins infirmiers : les **soins infirmiers en ambulatoire**. Les missions de l'infirmier.e en ambulatoire (hors du cadre hospitalier ou médico-social) consistent en la « *dispense de soins divers, notamment des soins permettant le maintien à domicile des personnes âgées* ». **L'aspect mobile de la profession** en fait une activité directement influencée par la répartition des infirmier.es sur les territoires, les rendant acteurs de l'accompagnement des personnes âgées au sein des bassins de vie dans lesquels ils exercent.

Il s'agira cependant ici de décrire les **relations entre les configurations des territoires étudiés et les pratiques individuelles et collectives quotidiennes des infirmier.es** sur ces derniers. D'autant plus que les espaces considérés sont soumis à des **enjeux de vieillissement** - car composés d'une large proportion de retraité.es - mais aussi en situation de « désertification médicale », c'est-à-dire, dans notre cas, **sous-dotés en infirmier.es et ayant une difficulté d'accès au soin par rapport à la moyenne nationale**. Ce terme de « désert médical » est néanmoins à employer avec précaution car il fait référence à un usage plutôt journalistique et politique. Les acteurs rencontrés lors de nos terrains ont d'ailleurs souligné que ce terme concernait plutôt les médecins que les infirmier.es, leur territoire n'étant pas réellement sous-dotés en infirmier.es.

Plus largement, on peut considérer que la démographie médicale est sous tension, exacerbée par le vieillissement de la population et les problématiques croissantes que représentent les **maladies chroniques**. La complexification des prises en charge et le « **virage ambulatoire** » des hôpitaux augmentent les **besoins de maintien et de suivi à**

domicile. Cela entraîne un **glissement des tâches** des médecins vers d'autres professionnels de santé. En conséquence, les infirmier.es et autres personnels paramédicaux jouent un rôle de plus en plus crucial dans le système de santé.

Par ailleurs, il est important de signifier que ce projet est lié aux **priorités de l'École Urbaine** dans la mesure où les préoccupations de santé sont inextricablement liées à des **dimensions territoriales**. La structure, la densité de la population, les infrastructures et les réseaux qui relient les habitants d'un territoire agissent et influent sur les **inégalités territoriales de santé, les politiques locales de santé publique, la distribution territoriale de l'offre de soins ou encore la santé environnementale**. Villes et territoires jouent un rôle central dans la mise en place et le développement des structures de coopération, ainsi que dans le quotidien et les interactions des infirmier.es et des autres professionnels de santé.

Ainsi, nous nous sommes demandés :

- En quoi les coopérations entre infirmier.es libéraux.les et avec les autres professionnels de santé consistent-elles ?
- Quelles formes les coopérations peuvent-elles prendre (infirmier.e - infirmier.e ; infirmier.e - médecin ; infirmier.e - autres acteurs du soin ; infirmier.e libérales - hôpital ; infirmier.e - médico social) ?
- Quelles sont les pratiques et les politiques de santé publique qui favorisent la collaboration ?
- Ses avantages et ses limites ? Les enjeux financiers qui en découlent ?
- Le vécu de la coopération ? Le rôle de la proximité individuelle et spatiale sur son fonctionnement ? Le rôle des outils numériques dans son renforcement ? Les conséquences possibles pour les patients ?

Ainsi, dans quelle mesure existe-t-il des facteurs favorisant les coopérations interprofessionnelles des acteurs de soins infirmiers libéraux ?

Ces facteurs facilitant ou freinant la coopération, et les formes que celle-ci prend, ont-ils à voir avec le territoire observé, ses caractéristiques géographiques, démographiques ou d'agencement institutionnel ?

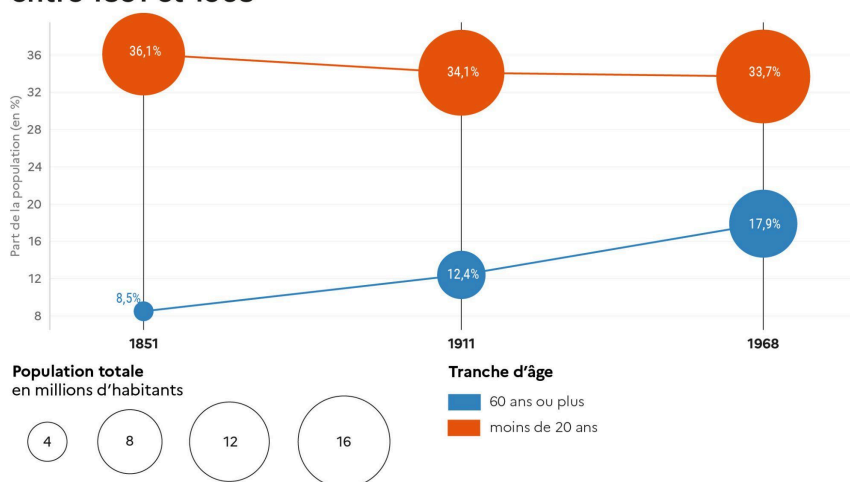
PRINCIPAUX RÉSULTATS

Notre revue de littérature nous a permis d'établir que les **infirmier.es**, profession de santé la plus nombreuse en France, jouent un **rôle essentiel dans la réalisation des soins quotidiens** bien que leur visibilité soit moindre comparée à celle du reste des professions médicales. Leurs relations avec ces dernières, notamment les médecins, est complexe, mêlant **coopération, subordination et opposition**. La profession infirmière a en effet été créée suite à la demande de médecins afin de les assister dans leur tâche et de mettre en œuvre leurs prescriptions pour les patients. La profession s'est progressivement **émancipée** de la tutelle médicale - même si celle-ci reste encore très présente, au niveau de sa formation, de son travail ou de la définition de ses compétences. La loi du 31 mai 1978 **reconnait par exemple le « rôle propre » des infirmier.es**, c'est-à-dire la reconnaissance de leur autonomie dans certains actes médicaux. Le rôle des infirmier.ères, crucial pour le bon déroulement et le suivi des soins, a aussi été reconsidéré et revalorisé durant la **pandémie de Covid-19** en 2020. Par ailleurs, la **multiplication de pathologies chroniques** dues à une population vieillissante rend leur présence d'autant plus **nécessaire**.

I - La coopération interprofessionnelle en santé : un outil politique d'aménagement du territoire pensé comme uniforme et centralisé, dont la déclinaison varie selon les configurations institutionnelles locales

Les coopérations interprofessionnelles institutionnalisées sont avant tout le fruit d'une réflexion étatique, façonnant un **modèle national** à développer sur l'ensemble du territoire. Cette initiative s'est révélée nécessaire dans la mesure où la France connaît un **vieillessement démographique important** et assiste à un déficit numérique de ses professions médicales. Ces dispositifs visent à structurer, formaliser et rendre attractive la coopération en réponse à ces enjeux.

La part des personnes âgées de 60 ans ou plus a doublé entre 1851 et 1968



Sources : SGF, ICPSR, Insee, RP 1851, RP 1921 et RP 1968 • Réalisation : ANCT pôle ADT - Cartographie 11/2021

Extrait de la publication : «Un vieillissement continu de la population française», *Cahier n°1 - Territoires et transitions : enjeux démographiques*, Observatoire des territoires, 2021

Le modèle de coopération institutionnelle offre un **cadre attractif** économiquement et relationnellement, et améliore la prise en charge des patients et les conditions de travail des

professionnels de santé. Cette coopération est principalement établie via la création de Maison de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), qui regroupent différentes professions de santé au sein de locaux communs, ou encore de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui mettent en place un projet de santé à l'échelle d'un territoire. **Ce modèle apporte des avantages** en termes de couverture médicale, pour le patient et aussi pour les professionnels. Conçu par l'Etat et les organismes de santé, il a pour vocation de proposer un modèle **co-construit par l'ensemble des acteurs institutionnels et professionnels concernés**. Comme le souligne l'article L.1434-10 du Code de la Santé Publique, « *l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire* ». Néanmoins, dans les faits, la concertation relative à l'élaboration et l'application de ces dispositifs semble avoir exclu certains de ces acteurs. D'une part, les institutions locales (Mairies, EPCI, etc) semblent avoir été oubliées dans les négociations. Selon Jean-Marie Pontier, professeur de droit public à l'université de Aix-Marseille, ce modèle de coopération instituerait davantage une coopération fonctionnelle que territoriale, ce qui impliquerait une « *déterritorialisation de la santé* ». D'autre part, l'ensemble des professionnels de santé n'aurait pas non plus eu l'occasion de prendre part à ces échanges. En effet, **ce modèle ne semble pas prendre suffisamment en compte les pratiques infirmières et leurs besoins**. Certains infirmier.es interrogé.es ont eu l'impression de « *ne pas être dans la boucle* » (infirmière en cabinet libéral à Epinal).

De fait, si le modèle national est généralement promu et développé sur l'ensemble du territoire, **des initiatives municipales peuvent le modeler afin de répondre aux besoins spécifiques du territoire et/ou des professionnels de santé**. Cette adaptation locale des modes de coopérations dépend aussi de la répartition et des dispositifs de coopérations en place sur les territoires donnés, ainsi que des décisions politiques municipales. Si le modèle national semble être appliqué de manière relativement homogène sur les différents territoires, il peut se heurter à des portages politiques rendant son implantation plus disparate. Par exemple, la Mairie du Mans s'est engagée dans le projet d'une MSP uni-site sur son territoire. La communauté de communes Creuse Confluence a fait de même dans le bassin de vie d'Evaux-Les-Bains. *A contrario*, la Mairie d'Epinal a refusé toute intervention municipale dans l'installation ou le financement de MSP. Ces volontés politiques peuvent **avantager les coopérations** ou au contraire entraîner des effets négatifs, comme de potentielles **concurrences entre territoires**. Le rôle des municipalités dans la répartition des coopérations s'axe également autour de l'idée selon laquelle **le médecin doit être au centre des politiques de santé**, pour que les coopérations puissent avoir lieu.

Ainsi, les acteurs nationaux voient les coopérations comme relevant des domaines juridiques et réglementaires. Au contraire, les acteurs locaux, tout en s'appuyant sur le modèle national, vont adapter la coopération à la configuration territoriale, à leurs ressources et aux contraintes temporelles, humaines, financières et politiques. Toutefois, loin d'être un domaine purement politique et administratif, les coopérations relèvent avant tout de l'action et de la volonté de professionnels de santé. **La coopération peut ainsi être autant formelle, par des structures et des cadres précis, qu'informelle.**

II - La formalisation des coopérations dans le champ des soins infirmiers, tributaire de cultures et identités professionnelles individuelles, et favorisée par la présence de figures fédératrices et de passeurs

Le métier d'infirmier libéral est profondément attaché à une **certaine forme d'indépendance et d'identité professionnelle individuelle**. Tout au long de nos entretiens, il nous est apparu que le choix des infirmier.es rencontré.es de travailler en secteur libéral était significatif d'une recherche d'autonomie, parfois d'un bénéfice financier et toujours d'une relation privilégiée avec les patients. En effet, on observe que plus les infirmier.es sont éloigné.es des cadres institutionnels, plus iels sont proches de leurs patients. Cette culture de l'autonomie est souvent pointée du doigt lors de nos entretiens comme un **frein à la coopération**, voire un facteur de compétition.

Toutefois, certaines **pratiques de coopération plus spontanées** s'inscrivent à part entière dans l'identité professionnelle des infirmier.es libérales, en laissant une grande place à l'autonomie des acteur.ices de ces coopérations. En effet, la coopération interprofessionnelle des infirmier.es libérales n'est pas née avec la promotion nationale de structures de coopération. Les contraintes du métier induisent nécessairement de s'associer avec d'autres professionnels au sein d'un cabinet groupé pour garantir un minimum de **confort de vie et de stabilité financière**. Au-delà de cette simple coopération contrainte, on remarque que l'**interconnaissance** joue aussi un grand rôle dans les coopérations spontanées entre les infirmier.es et d'autres professionnels de santé, notamment les médecins et les pharmaciens, en particulier dans le **milieu rural**. Ainsi, il existe de multiples formes de coopérations spontanées, que les professionnels se sont appropriées en dehors des cadres institutionnels. C'est sans doute l'une des raisons qui peut expliquer la **difficile appropriation des structures d'exercice coordonné sur certains territoires**, comme nous l'avons observé à Evaux-Les-Bains, puisque ces structures ne valorisent pas les formes de coopérations spontanées et informelles préexistantes.

Par ailleurs, la rigidité et les difficultés opérationnelles de l'application du modèle national peuvent **freiner la volonté des infirmier.es de coopérer de manière institutionnalisée** avec d'autres professionnels. La coopération institutionnalisée peut ainsi être freinée par un potentiel **désintérêt de ces dernier.es pour les structures de coopérations**, parfois désignées comme éloignées de leurs volontés et de leur réalité de travail. Il peut également s'agir d'une **méconnaissance de ces dispositifs**. Ainsi, nous avons observé à Evaux-les-bains que les MSP n'étaient pas des lieux de réelle coordination entre professionnels, sans que les professionnels ne se préoccupent de ce manque.



Photo prise dans une MSP à Epinal. Crédit photo : Clara Batty.

Par conséquent, des **figures fédératrices**, ayant souvent un rôle de leadership, s'avèrent parfois nécessaires et efficaces afin d'**améliorer la connaissance** de ce type de coopération pour les infirmier.es et d'y **favoriser leur adhésion**. En effet, le coordinateur d'une MSP au Mans reconnaît un **manque de communication** entre les institutions et les infirmier.es sur ces sujets. Cette figure de leadership infirmier utilise son rôle de coordinateur de MSP pour visibiliser et défendre les intérêts des infirmier.es auprès des institutions locales, porter des projets innovants, et faciliter la transmission des informations entre tous les acteurs pour **mettre sur un pied d'égalité tous les infirmier.es libéraux**.

A travers nos recherches, il semble que le **développement des coopérations interprofessionnelles et leur pérennité soit tributaire de ces figures fédératrices**, identifiées et référentes pour les professionnels de santé. Nous avons pu généralement en identifier une ou plusieurs sur les territoires que nous avons étudiés. Le rôle de ces figures fédératrices est nécessaire et permet de développer les coopérations interprofessionnelles, en s'appuyant sur des leviers de légitimité plus informels. En effet, l'émergence de ces figures au fort leadership s'explique par des **facteurs favorisants** qui dépassent un simple rôle institutionnel. C'est avant tout leur **capacité à rassembler, leur importante connexion aux réseaux d'information et de professionnels et le milieu urbain et dense** dans lequel ils évoluent qui favorisent leur émergence, comme dans le cas du Mans. Si ce rôle fédérateur se traduit souvent par l'attribution d'une mission formelle au sein des structures de coopération, ce n'est pas toujours le cas et leur mission est parfois extérieure à ces structures, au sein de syndicats par exemple. Pourtant, bien que ces entrepreneurs de coopération permettent de créer de nouvelles conditions de coopérations dépassant le simple usage d'une structure comme outil, il existe des limites à leur émergence, leurs engagements et donc aux coopérations.

En effet, certaines figures, principalement les **médecins, dont l'adhésion est cruciale**, peuvent se placer en **veto players** des coopérations et freiner, voire empêcher, l'effectivité des dispositifs et des efforts déployés par les entrepreneurs de coopération. Les représentations traditionnelles du pouvoir médical et l'absence d'adaptation aux pratiques collectives renforcent aussi ces obstacles. Ainsi, lorsqu'aucun entrepreneur de coopération n'émerge, la **coopération a lieu sous une forme plus dégradée et moins collective**. C'est le cas par exemple dans les MSP autour d'Evaux-Les-Bains, où l'absence de projet médical et le manque d'adhésion de certains médecins aux dynamiques de coopération se ressentent dans le manque de coordination et de cohésion entre professionnels de la MSP. **Dans tous les cas, même sans leader permettant de faire circuler les savoirs, les idées ou de fédérer, la coopération peut exister**. En effet, ces différentes formes de coopérations, allant d'un simple modèle institutionnel à une appropriation collective à travers l'émergence de figures fédératrices, ne suffisent pas à saisir toutes les formes de coopérations. Le métier d'infirmier.e repose avant tout et indubitablement sur la coopération que le professionnel entretient spontanément avec les autres professionnels qui interviennent auprès de ses patients.

III - La coopération d'urgence et le rôle propre de l'infirmier.e : des coopérations qui dépassent le cadre politique et institutionnel

La **coopération institutionnelle des acteurs de soins infirmiers peut rencontrer des limites**, notamment en cas d'**événement non-prévisible ou de crise**, comme ce fut le cas lors du COVID19. Dans ce contexte, la coopération interprofessionnelle des acteurs de soins infirmiers **se formalise d'elle-même** afin de **répondre à l'urgence**. En effet, la pandémie du COVID19 a rebattu les cartes de la coopération interprofessionnelle. La création de la CPTS des Vosges-Centrale a par exemple été accélérée pour répondre à la crise. De même, le facteur soudain de son apparition couplé à la nécessité de soigner davantage en ont fait un terrain d'expérimentation de coopérations spontanées. Des réponses et des actions ont dû être mises en place par les professionnels de santé, et en l'occurrence les infirmier.es, pour **assurer un parcours de soins** efficace pour les patients, malgré les circonstances et le nombre croissant de patients nécessitant un accompagnement. Il s'avère que cette coopération spontanée a été rendue possible par le **développement et la maîtrise d'outils informatiques** et techniques spécifiques, facteur clé pour le futur de ces coopérations. **Néanmoins, leur maîtrise est variable** selon les professionnels de santé, mais elle est nécessaire et s'acquiert via des formations. Cela représente un fort avantage, à la fois en termes de gestion des données qu'en termes de facilitation administrative. Ces outils informatiques et de communication ont permis dans le cas de la pandémie du COVID19 d'accompagner et de faciliter la coopération, et s'inscrivent de façon pérenne dans les pratiques professionnelles.

Pour autant, si diverses formes de coopérations dans les soins infirmiers se sont développées partout de façon informelle et spontanée sous l'effet de la crise sanitaire, ce qui persiste lorsqu'il n'y a ni adhésion aux outils de coopération promus par le haut, ni figure fédératrice favorisant la circulation des connaissances, **c'est la coopération autour du patient**. Cette forme de coopération se rapproche du « **rôle propre** » de l'infirmier.e, et s'inscrit dans une **vision du care** où le « bien soigner » passe nécessairement par le « **faire ensemble** » et « **faire le lien** » pour des patients souvent âgés et isolés. En effet, l'infirmier.e reste un.e soignant.e avant tout. Il est guidé.e par l'intérêt de son patient et « bricole » selon les besoins de celui-ci. Ce rôle propre de l'infirmier.e se traduit souvent par une relation forte avec le patient, par des petits services quotidiens, par une disponibilité de l'infirmier.e hors de ses horaires de travail, mais aussi par un **rôle de coordination du parcours de soins** du patient ; autant d'activités chronophages qui ne sont pas valorisées dans la rémunération des infirmier.es. Cette identité du *care* comme source de coopération centrée sur le patient s'est particulièrement fait sentir dans les milieux ruraux et peu denses que nous avons observés, parallèlement au manque de succès des structures d'exercice coordonné dans ces territoires, comme c'est le cas dans le bassin de vie d'Évaux-Les-Bains. **Cette forme de coopération est donc dépendante des configurations territoriales** existantes, qu'elles soient géographiques ou culturelles.

Pourtant, ce rôle de l'infirmier.e est moins visible et reconnu par les institutions, ou plus généralement la population. Il semble ainsi important de veiller à revaloriser le rôle propre de l'infirmier.e mais aussi ses conditions de travail. Même si la conception du métier d'infirmier.e et son statut évolue, **de nombreux points restent donc à améliorer** pour permettre aux infirmier.es d'élargir leurs compétences et d'être reconnu.es pour ce qu'ils font au quotidien pour leurs patients.

ENSEIGNEMENTS

Notre étude met en lumière le fait que, dans le domaine de la santé, et plus spécifiquement en matière de coopération, il existe deux niveaux distincts : un **niveau national** et des **niveaux locaux**. Le niveau national joue un rôle crucial en garantissant une **égalité d'accès aux soins** et en assurant une solidarité nationale à travers la gestion des politiques de santé par l'État. Ce cadre national est essentiel pour établir des standards communs et des **politiques uniformes** qui visent à offrir à tous les citoyens un accès équitable aux services de santé, indépendamment de leur lieu de résidence. Cependant, les territoires locaux ont la capacité **d'adapter ces politiques nationales** en fonction de leurs spécificités et de leurs besoins uniques. Cette adaptation locale est ce que nous appelons la « territorialisation des politiques de santé ». Elle ne peut se réaliser qu'à travers une **déconcentration des décisions étatiques**, permettant aux représentants institutionnels de l'État de travailler au plus près des réalités locales. Cela inclut non seulement la présence physique de ces représentants sur le terrain, mais aussi l'ajustement des normes et des contrats locaux pour mieux répondre aux particularités de chaque région.

Parallèlement, il est crucial de laisser aux infirmier.es libéraux une **autonomie** suffisante, une caractéristique essentielle de leur identité professionnelle. Cette autonomie leur permet de prendre des **initiatives** et de trouver des **solutions adaptées à leurs besoins** spécifiques, en fonction des réalités qu'ils rencontrent au quotidien. Pour que cette autonomie soit effective, il est indispensable de reconnaître le **rôle central et la légitimité des infirmier.es**, sans nécessiter systématiquement l'intervention des médecins ou des représentants ordinaires et syndicaux.

Cette reconnaissance de l'autonomie des infirmier.es est d'autant plus importante dans un contexte où leur **rôle dépasse souvent les simples soins médicaux** pour inclure un **accompagnement social**, et ce d'une manière particulièrement prédominante dans les territoires moins denses, où la pression démographique médicale est plus forte et les ressources de santé sont souvent plus limitées. Les infirmier.es libéraux jouent alors un rôle crucial en comblant certaines des lacunes du système de santé, en apportant des soins personnalisés et en assurant un suivi continu des patients.

Néanmoins, il est important de noter que nos **observations et conclusions ne peuvent pas être généralisées** à l'ensemble du territoire français et à toutes les pratiques infirmières, étant donné que notre étude se base sur l'analyse de trois territoires spécifiques. Bien que cela nous ait permis d'établir une typologie, celle-ci reste spécifique à nos terrains et nécessite des recherches supplémentaires, en comparant avec un plus grand panel de territoires, pour confirmer les spécificités identifiées et approfondir nos analyses.

De plus, notre travail s'est concentré sur la coopération au sein des MSP et des CPTS, sans se focaliser sur d'autres formes de coopération institutionnelle. Il serait aussi pertinent d'**élargir cette recherche** pour inclure d'autres structures de soins, telles que les hôpitaux et les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), afin de comprendre leur vision et leur approche de la coopération avec les infirmier.es libéraux. En outre, des entretiens complémentaires avec des médecins pourraient apporter un éclairage précieux sur des aspects que les infirmier.es n'ont pas abordés ou qu'ils perçoivent différemment.

POUR EN SAVOIR PLUS

CERTAIN Marie-Hélène, LAUTMAN Albert, GILARDI Hugo, Rapport « Tour de France des CPTS » Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé, 28 juin 2023. Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_tour_de_france_des_cpts_28062023_vf.2_2.pdf

GENISSON Catherine, MILON Alain, Coopération entre professionnels de santé, Rapport d'information n° 318 (2013-2014), Commission des affaires sociales, Sénat, 28 janvier 2014. Disponible sur :

https://www.senat.fr/rap/r13-318/r13-318_mono.html

HASSENTEUFEL Patrick, SCHWEYER François-Xavier, GERLINGER Thomas et al., « Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, p. 33-56. Disponible sur :

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-33.htm>

RENAUDIE Olivier, BRIMO Sara, *Santé et Territoire(s)*, LexisNexis, 2022, 190 p.

VEZINAT Nadège, *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*, Presses Universitaires de France, « Hors collection », 2019. Disponible sur :

<https://www.cairn.info/vers-une-medecine-collaborative--9782130811800.htm>

