

Innover en santé : nouvelles coopérations interprofessionnelles en amont et en aval du bloc opératoire

Innovation in Health Care: New Inter-Professional Collaborative Practice Before and After the Surgery

P Grise, D Woinet, L Sibert, JN Cornu, C Pfister

Service d'urologie - CHU Charles Nicolle - Rouen.

Mots clés

- ◆ Coopération interprofessionnelle
- ◆ Organisation des soins
- ◆ Pratique avancée
- ◆ Soins péri-opératoires

Résumé

L'innovation en santé revêt de multiples aspects, et si le champ des innovations technologiques et procédurales vient d'emblée à l'esprit, il apparaît que le champ de l'organisation en santé prend une importance croissante. Les nouvelles coopérations interprofessionnelles en chirurgie ont pour but d'optimiser la prise en charge chirurgicale dans son ensemble. Le temps du séjour hospitalier devenu court et dense doit être préparé à l'avance. Ceci nécessite une organisation en amont et en aval du bloc opératoire par une équipe pluri-professionnelle.

L'acte chirurgical s'est modifié avec l'apparition de nouvelles technologies de réalisation (laser, assistance robotique), l'implantation de dispositifs nécessitant des réglages d'adaptation (neurostimulateur) ou l'injection de drogues par voie endoscopique avec potentiels effets secondaires (toxine botulique).

Grâce à la réalisation d'actes au sein d'une équipe pluridisciplinaire et à une organisation qui utilise des outils d'aide clinique, des algorithmes de décision, le chirurgien peut être considérablement aidé, il peut ainsi se recentrer sur le socle de son métier dans un contexte de qualité et de sécurité pour le patient.

Il est souhaitable que les nouvelles coopérations interprofessionnelles soient exercées dans le cadre autorisé par la loi HPST selon un modèle national, reproductible, tout en intégrant les particularités locales.

Ce modèle de coopération en amont et en aval du bloc opératoire est largement développé dans les pays anglo-saxons et nordiques alors qu'en France, l'application en est faible. Il ne faut pas sous-estimer les freins locaux, l'absence d'incitation financière directe bien que des perspectives soient envisagées. La démographie médicale restera en déficit pendant les prochaines années, alors que celle des infirmières sera en augmentation et permettra cette pratique.

Au total, l'innovation dans la prise en charge chirurgicale en amont et en aval du bloc opératoire permet une optimisation qualitative organisée, au sein d'une équipe, dans le contexte d'une prise en charge courte ou ambulatoire.

Keywords

- ◆ Interprofessional collaborative practice
- ◆ Peri-operative care organization
- ◆ Advanced practice
- ◆ Peri-operative nursing

Abstract

Innovation in health care concerns surgical procedures and devices as well as the field of organization. The aim of interprofessional collaborative practice in surgery is to upgrade efficiency during surgery and for peri-operative care. The shortening of hospital stay needs to anticipate what has to be done, before and after the procedure, in a pluri-professional practice. Many examples of surgery (laser, robot, neurostimulator, botulinum toxin) lead to complementary care.

Clinical decision making, organizational algorithms, procedures, may be shared by the surgeon and the advanced practice nurses. It affords quality and safety for the patient, it allows the surgeon to get better involved in the care of his expertise. New HPST French law offers a great opportunity for interprofessional collaborative practice. The main input for nurses is today only qualitative. The demography for nurses, more favorable than for surgeon, is a feasibility argument. The inter-professional collaborative practice influences positively the quality of care in perioperative setting.

L'innovation en santé revêt de multiples aspects, et si le champ des innovations technologiques et procédurales vient d'emblée à l'esprit, il apparaît que le champ de l'organisation en santé prend une importance croissante.

Dans ce cadre organisationnel, les nouvelles coopérations interprofessionnelles en chirurgie ont pour but d'optimiser la prise en charge chirurgicale dans son ensemble. Le temps de

bloc opératoire doit être préparé ainsi que le séjour hospitalier devenu court et dense. Ceci nécessite une organisation en amont et en aval du bloc opératoire par une équipe pluri-professionnelle.

C'est dans ce cadre d'équipe que se situent les nouvelles coopérations interprofessionnelles (1).

Correspondance :

Philippe Grise

Service d'urologie - CHU Charles Nicolle - 1, rue de Germont - 76031 Rouen cedex.

E-mail : philippe.grise@chu-rouen.fr

Disponible en ligne sur www.acad-chirurgie.fr

1634-0647 - © 2015 Académie nationale de chirurgie. Tous droits réservés.

DOI : 10.14607/emem.2015.4.081

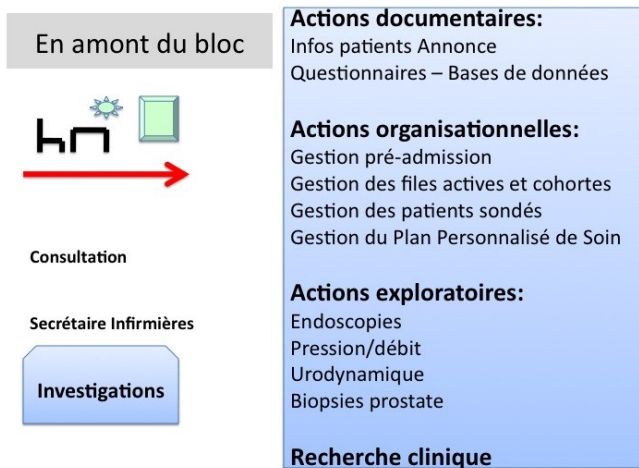


Figure 1 : Les apports de la coopération interprofessionnelle en amont du bloc opératoire.

Organisation et applications

Pendant des décennies l'environnement avant le bloc opératoire était le cabinet de consultation du chirurgien avec une secrétaire, et de façon optionnelle l'aide d'une infirmière. En aval, l'hospitalisation était prolongée autant que nécessaire pour que le patient puisse rentrer en forme chez lui.

Notre environnement s'est fortement modifié par les multiples contraintes qui nous entourent et que nous devons prendre en compte : sécurité, vigilances, informations, cadre légal, gestion de l'ambulatoire, algorithmes décisionnels, procédures de recherche.

Au centre de ces contraintes se situe le couple chirurgien-malade dont l'objectif est centré sur la réalisation de soins optimaux et efficaces, prenant en compte l'environnement actuel.

L'amélioration du parcours de soin implique une professionnalisation des acteurs et une redéfinition des objectifs et des interactions pour les différents acteurs.

Le chirurgien ne peut réaliser seul ce nouveau paradigme mais doit s'entourer d'une équipe structurée, compétente et coopérante autour de lui.

Repenser la prise en charge péri-opératoire

Les raisons sont multiples comme nous venons de le voir, mais il faut souligner l'importance croissante et la nécessité d'investigations techniques pour documenter et justifier la décision chirurgicale.

En urologie, discipline médico-chirurgicale, l'accroissement des investigations, leur multiplicité, leur introduction dans des algorithmes qui demain nous seront imposés par les assurances et les tutelles, est fortement consommateur de temps médico-chirurgical mais aussi un facteur d'interruption de tâches. L'optimisation de la concentration de notre temps professionnel sur nos objectifs principaux est un gage de qualité et d'efficacité individuelle.

Pour gérer au mieux les contraintes de ce nouvel environnement pré opératoire, il est possible de déléguer, de coopérer avec des infirmières ayant une formation complémentaire.

L'infirmière en coopération (Fig.1) peut réaliser soit des actes (procédures), soit une organisation, soit les deux.

Les tâches sont nombreuses et peuvent être isolées ou associées, comme l'optimisation de l'information du patient, la coordination des différents acteurs et le suivi du plan personnalisé de soins (PPS), l'évaluation clinique et la gestion des questionnaires et bases de données, la gestion des files actives et des cohortes patients, la gestion des patients porteurs

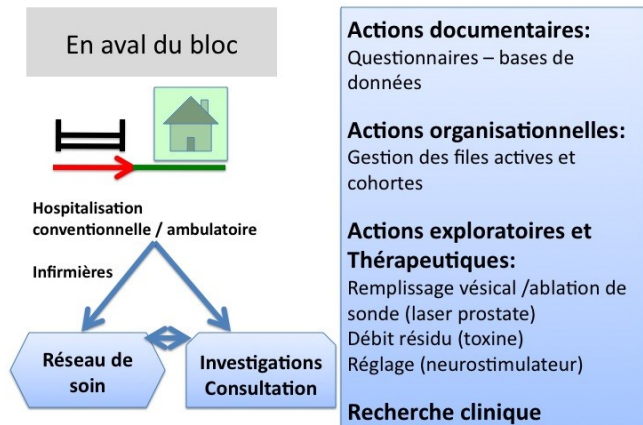


Figure 2 : Les apports de la coopération interprofessionnelle en aval du bloc opératoire.

d'une sonde vésicale, les biopsies de prostate, la recherche clinique.

Au CHU de Rouen, nous avons mis en place plusieurs protocoles de coopération et une réflexion est en cours sur une nouvelle structure d'investigation pré opératoire.

Le premier protocole national en urologie a été ainsi établi pour réaliser les bilans urodynamiques en lieu et place de l'urologue qui reste présent pour l'interprétation médicale et l'orientation thérapeutique mais confie toute la réalisation et l'interprétation technique à l'infirmière en coopération.

Demain, certaines endoscopies du bas appareil urinaire, qui comportent des gestes simples standardisés comme les ablations de sonde JJ, pourraient être faites par une infirmière comme cela est déjà réalisé en Grande Bretagne. Cela se conçoit d'autant plus que ces infirmières pourraient être entraînées sur simulateur puis encadrées par le chirurgien, validant des acquis professionnels selon un apprentissage codifié et co-signé, mentionnant un nombre défini d'actes et leur qualité de réalisation. A l'issue, elles suivraient un algorithme d'organisation et de décision élaboré conjointement.

L'aval du bloc opératoire doit aussi être repensé pour que le temps d'hospitalisation soit raccourci et organisé avant le geste chirurgical. C'est le principe même de la prise en charge en ambulatoire pour lequel, il nous faut aller plus loin (Fig.2) et organiser la gestion des soins au sein du réseau de professionnels proche du domicile du patient.

Une procédure chirurgicale ciblée car codifiée et répétée est la cible électorale pour apporter une optimisation de la prise en charge du patient en amont et en aval.

Pour la prostatectomie radicale assistée par robot, l'objectif est de réaliser une hospitalisation courte voire ambulatoire. L'infirmière peut intervenir auprès du patient et du réseau de soin dans l'information, la gestion préalable des antalgiques, des anticoagulants, des soins de sonde et du désodage. Le patient aura ainsi un interlocuteur paramédical unique et spécialisé.

Une prise en charge ambulatoire ou de durée courte ne doit pas être entravée par un drainage ou une sonde urinaire. Ainsi, la chirurgie par laser d'une obstruction prostatique est idéalement intégrée à un algorithme de décision du désodage qui fait intervenir selon les cas, le réseau de soins de proximité ou la réadmission en structure ambulatoire médicale. Les documents et les contacts sont pris en amont par l'infirmière d'optimisation de soins.

D'autres exemples peuvent être présentés ayant trait à une pathologie ciblée.

L'organisation d'un centre spécialisé sur une pathologie comme un « centre de pathologie prostatique » peut impliquer l'infirmière pour répondre au besoin d'information du patient ou apporter des éléments sur le dépistage du cancer

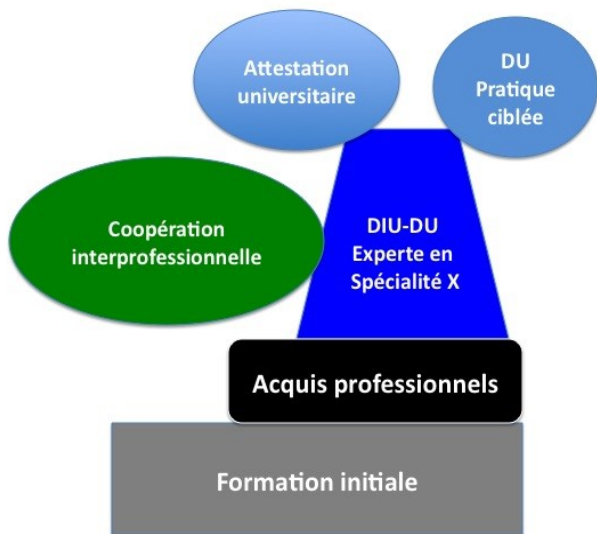


Figure 3 : Parcours de perfectionnement professionnel dans une logique de formations universitaires courtes spécialisées, et de la valorisation des acquis de l'expérience professionnelle.

dans les limites de ses compétences. Elle peut aussi optimiser le premier niveau d'investigation selon des algorithmes définis et valisés par les médecins (questionnaires, examens biologiques, échographies) et en faire une synthèse destinée au médecin généraliste et à l'urologue. Elle peut être impliquée dans la réalisation des biopsies de prostate (ou leur aide) et dans la prise en compte des résultats dans le cadre d'une stratégie décisionnelle basée sur un algorithme conforme aux recommandations des sociétés savantes. Le dossier de prise en charge et le plan de soins sont fortement optimisés par son implication.

La nécessité d'une logistique peut être une problématique de coopération, par exemple pour régler un matériel implanté. L'infirmière en coopération intervient dans ce nouvel environnement pour réaliser ces actes de suivi adaptés aux différentes situations post-opératoires et aux signes ou symptômes du patient. Ainsi, le paramétrage et le suivi des neurostimulateurs des racines sacrées dans le traitement de l'hyperactivité vésicale peuvent être réalisés par l'urologue ou par une infirmière formée et dans le cadre d'un protocole de coopération comme cela vient d'être réalisé dans la région Nord. Il est intéressant de noter qu'il s'agit d'un établissement libéral, ce qui montre qu'il faut s'attacher à la structure et à la qualité d'organisation d'une équipe plus qu'à son caractère public ou privé.

La gestion d'une cohorte apparaît pour certains gestes courts, mais répétitifs et fréquents. Ils nécessitent une optimisation de l'organisation pour bien gérer cette population spécifique de patients. Ainsi, les patients traités par **toxine botulique intra-détrusor** peuvent avoir des effets secondaires attendus et corollaires du mode d'action de la drogue. L'infirmière va organiser d'emblée la visite au 8e jour en cas de toxine pour hyperactivité idiopathique afin d'évaluer le risque de rétention, et prendre elle-même la décision d'apprentissage à l'auto-sondage en suivant un algorithme élaboré avec l'urologue qui sera informé.

Pour les patients répondant à la toxine, à distance, une réinjection doit être organisée tous les 6 à 9 mois dès la réapparition de leurs symptômes. Toutefois ceux-ci ne sont pas spécifiques, mais entraînent un fort degré de gêne et une altération de qualité de vie. L'objectif est donc de s'assurer que les critères de réinjection soient respectés puis de donner une réponse thérapeutique rapide. Dans notre service, cette organisation est gérée spécifiquement par une infirmière possédant une ligne téléphonique dédiée, gestion qui suit un algo-

ritme élaboré localement en conformité avec les recommandations des sociétés savantes. La décision finale de réinjection est toujours validée par le chirurgien urologue qui reste responsable du geste chirurgical.

Ces exemples soulignent que ces nouvelles coopérations permettent de repenser le parcours patient autour d'une hospitalisation courte et ciblée mais également autour du domicile, privilégiant une nouvelle organisation des soins en amont et en aval de l'acte chirurgical, et l'utilisation d'outils cliniques et d'algorithmes de décision.

Ces diverses modalités de coopération permettent au chirurgien de se recentrer sur son métier socle et son expertise thématique, d'augmenter sa disponibilité d'accès à la consultation spécialisée. Elles lui permettent aussi d'éviter la dispersion et la multiplicité des interruptions de tâches pour une meilleure attention et une moindre fatigue.

Argumentaire

La coopération interprofessionnelle (1,2) a été évaluée en France et à l'étranger. Il apparaît, de façon constante, une amélioration de la qualité, une amélioration de l'efficacité des soins, et une sécurité au moins identique à ce qui serait réalisé par le médecin ou chirurgien. Il ne faut pas chercher une augmentation des actes car le temps de prise en charge est identique ou supérieur. Ceci est une réponse à l'inquiétude d'une éventuelle dérive inflationniste des actes. Il faut d'abord chercher à maintenir voire renforcer la qualité de certains actes, et pour certains les rendre possibles avec cette nouvelle organisation.

Il ne faut pas rechercher une diminution des coûts de prise en charge, car il s'agit d'une gestion d'équipe qui implique des contraintes et une rigueur dont le corollaire est un temps professionnel identique ou légèrement supérieur à ce qui serait fait hors coopération.

Pour le patient, la qualité du soin et du dialogue lors de la prise en charge est un argument fort et apprécié. Le chirurgien n'est pas exclu et ne doit pas s'exonérer de coopération, au contraire, il intervient de façon régulière et ponctuelle, il reste au cœur de la prise en charge et en assume la responsabilité médicale.

L'argumentaire des nouvelles pratiques professionnelles peut être schématisé par une matrice comportant des **points forts** que sont l'expertise des infirmières, une voie professionnelle en alternative à la formation de cadre infirmier, le succès des expériences de coopération interprofessionnelle auprès des patients, des infirmières et des médecins.

Il existe des **opportunités** que sont la loi HPST et les décrets et arrêtés d'application (3-6), la démographie des infirmières moins contraignante que celle des chirurgiens, la facilité d'adhérer à un protocole déjà en cours, un soutien fort de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des Agences régionales de santé (ARS).

Pour revenir sur les perspectives démographiques nationales, elles font état d'une augmentation de la population générale de 12 % d'ici 2030, avec une baisse des effectifs pour les médecins tandis que le nombre d'infirmière augmentera de 37 % d'intervalle entre 2006-2030.

Les **faiblesses** sont l'absence de valorisation financière, la limite de polyvalence des infirmières, la nécessité d'un effectif minimum pour assurer la continuité de service.

Les **menaces** sont le risque de dévalorisation tarifaire des soins et une défense médicale qui serait trop corporatiste. Face à cet argumentaire, il importe de dire clairement que ce n'est pas une délégation de tâche confiée à un autre corps professionnel mais une coopération d'équipe pluri professionnelle. La valorisation d'un acte étant la résultante du coût de l'environnement matériel et du coût de l'équipe de soins, cette valorisation doit être au moins égale ou supérieure à celle du chirurgien seul.

Nouvelles perspectives

Les récentes évolutions de la profession d'infirmière sont propices à ces coopérations, et l'**universitarisation de la formation initiale**, permet plus facilement d'inscrire son parcours professionnel dans une logique de formations universitaires.

Dans les pays nordiques et aux USA, la formation pour ces nouveaux métiers de soins privilégie une formation de type Master qui a l'inconvénient d'être longue et contraignante, mais il existe une reconnaissance institutionnelle forte et un bénéfice financier.

En France, notre organisation de soins ne permet pas ce modèle et il est préférable de privilégier (Fig.3) **secondairement des formations courtes spécialisées et une valorisation des acquis de l'expérience professionnelle**.

Compte tenu de la formation initiale du métier d'infirmière qui est large mais ne prend que très faiblement en compte les spécificités des disciplines chirurgicales, il importe que chacune des disciplines chirurgicales puissent assurer une formation spécifique et complémentaire pour les infirmières souhaitant se perfectionner dans leur discipline.

En urologie, il a ainsi été créé, il y a 10 ans, un diplôme interuniversitaire d'infirmière experte en urologie comportant six modules de trois jours répartis sur deux ans de formation, et touchant l'ensemble du contenu de la spécialité.

Ce socle de connaissances peut être enrichi par des formations courtes et techniques type attestation universitaire ou diplôme universitaire mais aussi par les protocoles de coopération interprofessionnelle sur des thématiques ciblées.

Un élément restrictif est la difficulté de financement des formations professionnelles, au sein du DPC dans sa forme actuelle ou par les organismes.

Le métier des infirmières a évolué ainsi que le cadre d'exercice. Ainsi l'**Ordre des Infirmiers** crée en 2006, ouvre la perspective de soins régis par une autre finalité que l'exercice actuel basé sur une liste d'acte (7). L'ouverture nécessite un contrôle éthique régis par l'ordre. Dès lors, le métier peut dépasser l'exécution d'acte, en réalisant une extension de tâche dans le cadre actuel et encadré des nouvelles coopérations, voire même ultérieurement d'objectifs de soins.

Les nouvelles coopérations interprofessionnelles s'inscrivent ainsi dans cette nouvelle interface de tâche entre les médecins et les infirmières, favorisant encore la collaboration médico-soignante.

Les premières expérimentations ont débuté, il y a 12 ans et un premier rapport en a été établi en 2003.

Un arrêté en 2006 a permis d'étendre l'expérience à d'autres expérimentations. L'analyse s'est révélée très favorable sur le plan de la sécurité, de la satisfaction des usagers et des professionnels.

Elles ont dès lors été inscrites dans la **loi HPST** de 2009 (3), permettant ainsi les premiers protocoles de coopération en 2011, dont un rapport a été rendu en 2013 (1).

Le socle de ces coopérations repose sur une dynamique forte d'équipe et sur un binôme ou trinôme médecin-infirmière motivé.

Bien souvent, les thèmes ont été guidés par l'opportunité de régulariser des situations de soins particulières en dehors de la liste d'actes, tout en cherchant également à optimiser la qualité et l'efficacité des soins. L'investissement personnel et professionnel doit être sans faille pour rédiger le dossier d'autorisation qui repose sur une base initialement régionale impliquant l'Agence Régionale de Santé, laquelle possède une cellule spécifique d'aide à ce type de dossier.

Le projet doit cependant être rédigé (8) pour permettre une application nationale et une validation par la HAS.

L'extension nationale de ces protocoles est lente, en partie sous l'effet de freins locaux multiples (insuffisance d'effectif, recherche de polyvalence dans le métier, surcharge de travail, mode de calcul des coûts).

Les sociétés savantes médicales spécialisées et les ordres ont manifesté leur soutien au démarrage de ces protocoles. Il serait souhaitable qu'ils poursuivent leur implication et leur soutien. Il faut regretter la quasi absence des associations infirmières de spécialité en France, ceci contrairement à bien d'autres pays en Europe qui ont des associations fortes contribuant à l'évolution de la profession.

L'absence de reconnaissance financière du fait de la rigidité de la grille de la fonction publique hospitalière est un handicap reconnu par les instances nationales, mais il est permis d'espérer qu'il puisse être pris en compte. **Ainsi, la loi de financement de la sécurité sociale** en 2014 (9) a intégré au code de la santé publique trois articles (L.4011) dédiés au financement de protocoles et a créé un **collège des financeurs** pour une tarification dérogatoire des actes pratiqués.

Un rapport de la commission des affaires sociales du Sénat en 2014 (10) sur la coopération entre professionnels de santé (C Genisson, A Milon) plaide en faveur de **nouvelles professions intermédiaires** avec une élévation du niveau de compétence à partir des professions socles. Il s'inspire du modèle des professions existantes à l'étranger en particulier des infirmières cliniciennes et des infirmières en pratiques avancées. Ce rapport souligne aussi la rigidité du système basé sur une liste d'actes, il propose que les nouvelles compétences soient associées à un exercice sous forme de mission, plus souple et plus flexible, assorties d'une reconnaissance financière des actes mais aussi des tâches managériales et administratives.

Conclusion

Les nouvelles coopérations interprofessionnelles en amont et en aval du bloc opératoire offrent de multiples bénéfices dans un environnement de soins qui nécessite de s'adapter aux nouvelles contraintes. C'est une nouvelle gestion des soins au sein d'une équipe qui est proposée, apportant qualité et sécurité, permettant une réponse aux contraintes du métier de chirurgien par une aide professionnalisée à des gestes techniques et à des organisations.

Bien qu'incitées par l'HAS, leur développement est lent en raison de freins locaux et d'absence actuelle de valorisation financière.

Toutefois, comme nous l'enseigne Albert Einstein, « la vie c'est comme une bicyclette, il faut avancer pour ne pas perdre l'équilibre », de même avançons sur l'opportunité des nouvelles coopérations interprofessionnelles en amont et en aval du bloc opératoire qui en constituent une réponse intéressante.

Discussions en séance

Question de JL Ribardiere

Commentaire sur le rôle ancien du conseil de l'Ordre des Infirmières et l'extension des compétences des infirmières : où en est-on aujourd'hui avec le conseil de l'Ordre des Infirmières ?

Réponse

Le conseil de l'Ordre des Infirmières mais aussi celui des médecins ont été associés à l'élaboration du dossier de la première autorisation en Urologie qui concernait la réalisation du bilan urodynamique en lieu et place du médecin. Leurs conseils et leur soutien ont été précieux, il serait souhaitable qu'ils nous aident à poursuivre activement dans cette dynamique pour valoriser le métier d'infirmière et répondre à notre nouvel environnement de soins.

Question d'Y Chapuis

Quelle est la responsabilité juridique des infirmières par rapport aux actes pratiqués et en rapport avec les limites de la responsabilité médicale ?

Réponse

Chaque coopération interprofessionnelle comporte un contrat engageant nommément l'(ou les) infirmière(s) et le (ou les) médecin(s) sur les termes du protocole, contrat signé également par le responsable d'établissement et remis à l'Agence régionale de santé. L'assureur de l'établissement est également informé de ce contrat. La responsabilité juridique et assurantielle des Infirmières est couverte par ce contrat.

Commentaire de D Legeais

Attention aux délégations de tâches afin de ne pas se faire « voler » les activités médicales. Il est important de faire intervenir la coopération des tâches en équipe.

Réponse

Ce point est très important à souligner. La loi n'autorise pas le transfert de tâche mais bien une coopération interprofessionnelle qui doit être parfaitement définie dans ses termes et ses limites. La notion d'équipe interprofessionnelle est fondamentale, avec des recours qui doivent être clairement précisés en cas de difficulté, avec des justificatifs et des algorithmes de décision selon les recommandations des sociétés savantes. Il ne faut pas qu'un individu isolé puisse valider une déviation professionnelle, il ne faut pas non plus qu'un médecin s'exonère d'une tâche purement médicale sans contrôle ni responsabilité ni encadrement proche et régulier. Le législateur peut autoriser la réalisation isolée par des non médecins de quelques gestes ou prescriptions s'intégrant dans la logique des soins infirmiers, par exemple la prescription de sondes urinaires ou d'ECBU par des infirmières.

Références

1. HAS. Rapport d'activité 2013. Les protocoles de coopération Art 51 de la loi HPST.
2. Steelman VM. The Advanced Practice Nurse: An Essential Part of the Perioperative Leadership Team. *Perioperative Nursing Clinics*. 2009;4:51-55.
3. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) - JORF du 22 juillet 2009 - P. 12184.
4. Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé - JORF du 15 janvier 2012 - P. 839.
5. Décret n° 2010-1204 du 11 octobre 2010 relatif aux modalités d'intégration des protocoles de coopération étendus dans le développement professionnel continu et la formation initiale des professionnels de santé - JORF du 13 octobre 2010 - P. 18409.
6. Arrêté du 28 mars 2012 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé - JORF du 13 avril 2012 - P. 6806.
7. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code (la profession d'infirmier(e) est définie dans ce décret de l'article R 4311-1 à l'article R 4311-15 du CSP) - JORF du 8 août 2004 - P. 37087.
8. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante
9. LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 - JORF du 24 décembre 2013 - P.21034.
10. Rapport du sénat. Session ordinaire de 2013-2014, Enregistré le 28 Janvier 2014 N° 318. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé, Catherine GÉNISSON et Alain MILON.