

# Les parcours patients : un changement de paradigme

## Auteurs

Olivier DEBARGE, Professeur à l'Université de Reims Champagne-Ardenne, UFR de pharmacie de Reims, 51 rue Cogancq-Jay, 51096 Reims CEDEX, olivier.debarge@univ-reims.fr

Thomas MORGENROTH, Maître de conférences HDR à l'Université de Lille, UFR des science de santé et du sport, Département de Pharmacie, 3 Rue du Professeur Laguesse, 59000 Lille, thomas.morgenroth@univ-lille.fr

## Résumé

Le système de santé français est notamment marqué par une désertification médicale ayant pour effet, sur certains territoires, d'accroître les déficiences en matière d'accès aux soins. Des solutions ont été mises en œuvre pour améliorer la prise en charge et l'accompagnement des patients, parmi lesquelles des transferts de compétences, la pratique avancée pour les infirmiers ou l'exercice coordonné des professionnels de santé. La transformation progressive du modèle français, élaboré en tenant compte des frontières délimitées par les monopoles professionnels, passe d'une approche descendante entre le médecin et les patients, à un modèle ascendant qui prend en compte les caractéristiques et les besoins des personnes pour déterminer un « parcours patient » adapté. Malgré les promesses suscitées par ces changements, des incertitudes subsistent quant à la réalisation et aux effets de ces parcours.

## Resumen

El sistema sanitario francés está particularmente marcado por la desertización médica que tiene como efecto, en determinados territorios, un aumento de las deficiencias en el acceso a la asistencia sanitaria. Se han implementado soluciones para mejorar la atención y el apoyo al paciente, incluidas la transferencia de habilidades, la práctica avanzada para enfermeras o el ejercicio coordinado para profesionales de la salud. La progresiva transformación del modelo francés, desarrollado teniendo en cuenta las fronteras delimitadas por los monopolios profesionales, pasa de un enfoque descendiendo entre el médico y los pacientes, a un modelo ascendiendo que tiene en cuenta las características y necesidades de la persona para determinar una adaptación del « viaje del paciente ». A pesar de las promesas de estos cambios, persisten incertidumbres sobre la realización y los efectos de estas vías.

Mots clés : parcours, patient, coordination, santé, monopole, compétences

Palabras clave: vía, paciente, coordinación, salud, monopolio, habilidades

Des pharmaciens pouvant prescrire des vaccins ou dispenser, sans ordonnance, des médicaments soumis à prescription médicale obligatoire ; des infirmiers en pratique avancée réalisant des primo prescriptions ; des kinésithérapeutes pouvant prescrire des antalgiques ou des substituts nicotiniques... Ces actes, inenvisageables quelques années en arrière, sont bien aujourd'hui pratiqués par les professionnels cités. L'étude de l'évolution des professions de santé en France n'est donc pas linéaire : elle est caractérisée par un modèle ancré dans notre histoire juridique, mais en phase de profonde mutation. Trois catégories de professions sont différenciées au sein du code de la santé publique (CSP) : les professions médicales (art. L. 4111-1 à L. 4163-10 CSP : les médecins, odontologistes, chirurgiens-dentistes et sages-femmes), les professions de la pharmacie (art. L. 4211-1 à L. 4252-3 CSP : les pharmaciens d'officine (exerçant en ville) et hospitaliers), et les professions d'auxiliaires médicaux (art. L. 4311-1 à L. 4394-4 CSP : les aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, assistants dentaires, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes, orthésistes, et diététiciens). L'exercice des professions de santé, et des compétences et missions leur étant dédiées est originellement soumis à l'obtention d'un diplôme supposant une pratique circonscrite à des actes précis, et des frontières bien définies. Ce schéma est aujourd'hui obsolète.

La définition des professions de santé, initialement élaborée en faisant référence aux diplômes requis et aux actes pratiqués, a évolué vers une déclinaison des missions dont elles bénéficient [Moret-Bailly J., 2008]. Parmi les principaux facteurs d'explication, trois d'entre eux retiennent l'attention. En premier lieu, la lutte contre la désertification médicale, dont les dernières études illustrent la persistance, s'intensifie. Les disparités entre les départements augmentent en matière d'accès à des médecins généralistes et spécialistes. Entre 9 et 12 % de la population vit dans un désert médical, ce qui représente de 6 à 8 millions de personnes [Maurey, H., Longeot F., 2020]. Les statistiques relatives au nombre total de médecins généralistes (un rapport de un à trois), et de médecins spécialistes exerçant sur les territoires (avec un delta de 1 à 8), sont également préoccupantes.

Deuxième facteur explicatif, les dépenses de santé continuent logiquement de progresser. L'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie est évalué à 254,9 milliards d'euros en 2024, soit une progression annuelle de 3,2 %. La croissance de ces dépenses implique un encadrement strict afin de limiter cette tendance.

Le troisième paramètre relève de la protection de la santé. Le parcours coordonné des patients, instauré après l'adoption de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, est mis en œuvre par le médecin traitant afin de permettre à ses patients d'être orientés vers les professionnels pour optimiser leur prise en charge. Les soins de premier recours, qui devaient initialement pouvoir être pris en charge par les médecins généralistes, sont aujourd'hui également assurés par les infirmiers, masseurs kinésithérapeutes ou encore les pharmaciens.

Ainsi, la prise en charge des patients par les professionnels de santé est, sur ce fondement, réalisée selon un modèle bien établi : le médecin traitant oriente les patients vers d'autres professionnels de santé en fonction des besoins. Dans la continuité de la récente législation relative au droit des patients, la stratégie nationale de santé 2018-2022 affirme que « le rôle des usagers dans le système de santé comme acteurs de leur parcours de santé ». La transformation progressive du modèle français, élaboré en tenant compte des frontières délimitées par les monopoles professionnels, passe d'une approche descendante entre médecin et patient (I), à un modèle ascendant qui prend en compte les caractéristiques et les besoins des patients pour ensuite déterminer un parcours adapté (II)

## **I) La transformation d'un modèle descendant**

Les compétences des professionnels de santé, déterminées en prenant pour base le monopole médical, ont été élaborées selon une démarche hiérarchisée. L'approche descendante, caractérisée par un parcours conditionné par le médecin généraliste, qui oriente le patient vers d'autres praticiens en fonction d'une structure prédéterminée, est devenue le modèle de référence en France. Mais la pénurie de professionnels, et leur répartition irrégulière sur le territoire français, ont pour conséquence un traitement inégal des pathologies ayant des incidences sanitaires. Ce constat a généré un double mouvement : une modification des compétences et des missions exercées par ces mêmes professionnels (A) ; et une évolution de la coordination des pratiques, afin de remédier à ces lacunes (B).

### **A) Une répartition des compétences évolutive**

La liberté d'installation dont bénéficient les médecins, dentistes, vétérinaires, a pour conséquence une répartition hétérogène des professionnels cités, et contraste avec le maillage territorial des officines [Tabuteau D., 2010]. La création des officiers de santé à l'issue de la révolution française a résulté de ce même constat : affronter la pénurie des effectifs. Leur suppression est intervenue avec le vote de la loi du 30 novembre 1892, et a illustré l'affrontement récurrent entre la profession et les pouvoirs publics.

L'évolution des monopoles professionnels, dont les délimitations sont progressivement redéfinies, résulte de cette adaptation. Originellement, le monopole médical porte sur la prévention, le diagnostic et le traitement des patients [Leca A., 2019]. D'autres monopoles professionnels ont été progressivement conférés à des professions de santé : les monopoles pharmaceutique et officinal, le monopole des chirurgiens dentistes, le monopole des vétérinaires ou encore celui des biologistes. Certains des actes relevant de ces monopoles peuvent faire l'objet de partages ou de dérogations. Leur application n'est pas toujours conforme aux normes qui les déterminent (les vétérinaires vendent la plupart des médicaments à usage vétérinaire, bien que cette faculté soit dérogatoire au monopole pharmaceutique). Et leur pertinence est parfois contestée, l'autorité de la concurrence ayant fustigé certaines conséquences des monopoles pharmaceutique et officinal [Autorité de la concurrence, 2019].

Les professions de santé, corsetées par ces monopoles, n'ont que très peu évolué pendant de longues années. Les progrès scientifiques et techniques, et une dimension sociale accrue, ont nécessité un accroissement du temps consacré aux patients, notamment pour les maladies chroniques [Couty E., Dupont M., 2005]. Le rapport Berland, publié en octobre 2003, fait l'apologie des transferts de compétences. Sans surprise, le rapport valorise l'importance de la formation et des rapports entre médecins et professions paramédicales [Berland, Y., 2003]. Les professions concernées ont, depuis la rédaction de ce rapport, fait l'objet de nombreux changements. Les pharmaciens d'officine ont, par exemple, connu une évolution à nulle autre pareille. L'émergence progressive de la pharmacie clinique a favorisé le développement de l'accompagnement des patients par les entretiens pharmaceutiques et les bilans partagés de médication. Ils bénéficient également du droit de vacciner toute personne ayant au moins onze ans, ainsi que de prescrire tous les vaccins inscrits dans le calendrier de vaccination. Ces mêmes pharmaciens peuvent également, comme énoncé dans l'introduction, bénéficier du droit de dispenser (« sous protocole ») des médicaments soumis à prescription obligatoire dans le cadre d'un exercice coordonné. La crise sanitaire a représenté un accélérateur pour certaines nouvelles missions, telles que le télésoin.

La loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels (dite loi RIST) s'inscrit dans cette perspective afin de lutter contre les déserts médicaux. Pour compenser le manque de médecins, la loi initie la possibilité pour les patients d'avoir recours directement aux infirmiers en pratique avancée, aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes. Le texte introduit également un élargissement des compétences de différentes professions de santé : infirmiers

en pratique avancée, infirmiers, assistants dentaires, pédicures podologues, orthoprothésistes, et opticiens lunetiers.

## **B) Une meilleure articulation des pratiques**

Parmi les solutions mises en œuvre pour palier les effets de la désertification médicale et optimiser la prise en charge des patients, trois principales approches retiennent l'attention : la pratique coordonnée ; les transferts et délégations de compétences ; et la pratique avancée.

En 2008, la HAS et l'observatoire des professions de santé appelaient à de nouvelles formes de coopération [HAS, 2008]. L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 a introduit la coopération interprofessionnelle, engagée à l'initiative des professionnels de santé mentionnés dans l'article L. 4011-1 CSP. Elle permet, sur la base de protocoles de coopération, à des professionnels de se substituer à un médecin en bénéficiant de délégations de tâches. Cette coopération est en corrélation avec le parcours de soins. L'ARS avait vocation à vérifier le projet avant qu'il ne soit soumis à la Haute autorité de santé pour validation. Néanmoins, un caractère trop contraignant de cette procédure a représenté un effet dissuasif pour les professionnels visés par cette mesure, aucun pharmacien de ville n'ayant par exemple déposé de protocole. L'article 66 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 a permis de faire évoluer ce processus. Les professionnels peuvent souhaiter coopérer et procéder à des transferts de d'activités ou d'actes de soin. Les protocoles de coopération nationaux sont soumis à un avis favorable de la HAS, puis définis par arrêté ministériel, et des protocoles locaux peuvent également être adoptés en fonction des besoins. A la fin de l'année 2023, 57 protocoles nationaux de coopération avaient été conclus. Ils sont très disparates, car peuvent concerner de quelques personnes à plusieurs milliers de patients [HAS, 2024]. 106 protocoles locaux ont également été adoptés. Néanmoins, ces protocoles résultent d'approches très hétérogènes, et font face à des « obstacles organisationnels et financiers ».

Dans cette même veine, la mise en œuvre de pratiques avancées pour les professionnels paramédicaux est effectuée afin d'élargir le champ d'action de professionnels pour relayer efficacement les médecins, dans un périmètre circonscrit par des normes réglementaires, et des protocoles. Cette possibilité est actuellement accessible aux infirmiers par l'obtention d'un diplôme pour se spécialiser dans l'un des cinq domaines retenus (les pathologies chroniques stabilisées, oncologie, les maladies rénales, la psychiatrie, les urgences). Avec 1718 diplômés en quatre ans, le seuil est inférieur aux perspectives initiales. Cela permet à des infirmiers expérimentés d'exercer de nouvelles compétences, y compris en matière de droit de prescription, pour soulager des médecins spécialistes. Cela suscite des questions sur les conditions d'application de certaines de ces compétences, et les risques encourus en matière de responsabilité juridique.

Le recours à l'exercice coordonné au sein de structures constituées à cet effet, a pour objet de proposer une prise en charge optimisée dans des territoires. Ainsi, les centres de santé, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS), les équipes de soins primaires (ESP) permettent un exercice coordonné résultant de mécanismes différents. L'éventail des choix est large. Les équipes de soins primaires, créées article 64 de la loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, permettent de structurer le parcours de soins du patient autour d'un médecin généraliste et de professionnels de santé de premiers recours réunis autour d'un projet de santé qu'ils élaborent (article L. 1411-11-1 CSP).

Les CPTS facilitent l'organisation de professionnels de santé, quelle que soit leur profession, qu'ils soient en hôpital ou en ville, qu'ils relèvent également d'établissements sociaux médico-sociaux, pour réaliser des objectifs communs. Ces CPTS sont initiées pour « transformer les logiques de prise en charge médicale des patients et des populations ». Un accord conventionnel interprofessionnel a été

conclu entre l'UNCAM et quarante organisations syndicales représentatives, afin d'encadrer la contractualisation, les missions et le financement des CPTS. 738 CPTS ont été constituées, couvrant 84 % de la population [URPS Occitanie, 2024]. Néanmoins, plusieurs départements sont encore insuffisamment pourvus, moins d'un tiers de la population y ayant accès dans onze d'entre eux. Des traditions solidement ancrées en matière d'exercice individualisé, et l'absence de professionnels initiateurs de projets, en représentent les principaux facteurs d'explication. Dans certains territoires d'outre-mer, aucune CPTS n'est, pour l'heure, créée [Faucher-Magnan E., Wallon V., 2018]. Cela doit favoriser un exercice moins intégré que dans les maisons de santé pluridisciplinaires, et permettre de développer la réalisation de missions.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont essentiellement développées sous forme de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), pouvant salarier les professionnels travaillant en leur sein. Les centres de santé sont mono ou pluriprofessionnels et proposent des soins de premier et de second recours, au sein du centre ou à domicile. Un projet de santé est arrêté pour réaliser des activités de prévention, de diagnostic et de soins puis transmis à l'ARS, avec laquelle ces centres concluent des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Majoritairement implantés dans les milieux urbains, plus de 2500 centres de santé ont été créés. Les plateformes territoriales d'appuis constituent un soutien aux professionnels de santé, notamment les médecins traitants, dans l'accompagnement des patients faisant l'objet de parcours de santé complexes. Elles sont instaurées par les ARS et sont utiles pour trouver les ressources sur le territoire, aider à l'organisation des parcours de soins, et soutenir les projets des professionnels.

Si cette diversité d'approches offre une palette d'outils mobilisables selon les besoins exprimés, et peut faciliter leur prise en mains, elle peut toutefois craindre à l'apparition d'un millefeuille d'organisations pouvant nuire à la visibilité du patient. L'organisation des soins doit désormais se construire autour du patient, autrement dit de la demande, et non de l'offre.

## **II) Les parcours patients : la consécration d'un modèle ascendant**

Selon Henry Mintzberg, « division et coordination du travail sont les deux faces de toute activité humaine » [Boch M.A., Henaut N., 2014]. Avec le temps, les connaissances et pratiques s'affinent. La prise en charge des patients est réalisée en fonction de l'offre disponible. L'« expérience patients » est essentielle : les patients, au-delà de leur pathologie, doivent être appréhendés en tant que personne, avec des souhaits, des inquiétudes, et des caractéristiques propres. Une approche « ascendante » permet la mise en œuvre de parcours adaptés par des professionnels qui partagent les responsabilités (A). Cependant, des incertitudes subsistent quant à la réalisation et aux effets de ces parcours (B).

### **A) Les caractéristiques des « parcours patients »**

L'expression « parcours patient » est de plus en plus utilisée dans le monde de la santé. Elle fait référence aux différentes étapes permettant à un patient dans toute la chaîne de soins dont il bénéficie, que ces soins soient réalisés en ville, dans des établissements de santé, en établissements médico-sociaux ou à domicile, quel que soit le professionnel de santé concerné. L'accompagnement des patients est appréhendé par une logique de « parcours ». Celle-ci consiste à organiser une prise en charge optimisée, réalisée par des professionnels de santé, répondant aux besoins liés à l'état de personne. Il induit une perspective globale et s'inscrit dans le système de santé français.

Le parcours de soins coordonné du patient, introduit par la loi n° 2004-809 du 13 août 2004, est mis en œuvre par le médecin traitant afin de permettre à ses patients d'être orientés vers les professionnels pour optimiser son accompagnement. Les lois n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (HPST) et n° 2016-41 du 26 janvier 2016 (de modernisation de notre système de santé) ont notamment mis en exergue la notion de « parcours ». Une analyse de la sémantique permet de constater que différentes expressions sont utilisées, ainsi que le professeur Borgetto le relevait en 2021 lors d'un colloque de l'Association

française de droit de la santé : les termes ou expressions « parcours », « parcours de soins », « parcours de soins coordonnés », « parcours de soins complexes », sont utilisés dans le code de la santé publique M [Borgetto M., 2021]. Paradoxalement, l'expression « parcours du patient », plus générale, n'est que peu employée, mais est utile car elle permet une approche plus globale englobant parcours de santé et parcours de soin.

Ainsi, ces parcours ne consistent pas une succession de soins proposés dans un ordre spécifique, mais impliquent de sortir des schémas « préétablis » et immuables, pour s'adapter aux besoins du patient qui sont à la base de la réflexion. Les unités de lieu et de temps évoluent. La mise en œuvre de la coordination nécessite un temps afin de permettre la progression du malade, qui peut être long. En outre, une dimension territorialisée transparait logiquement [Vioujas V., 2021]. Cette évolution illustre un renversement : Le patient ne doit pas s'adapter au système de santé, mais c'est l'ensemble des composantes du système de santé qui est adapté au patient. La stratégie relative au parcours du patient est élaborée avec subtilité : « ne pas organiser des parcours, mais une logique de parcours » [Piveteau D., 2014].

Des expérimentations sont menées sur la base de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement pour l'année 2018 permettent de financer des actions innovantes en santé. Au dernier recensement, 234 expérimentations, la grande majorité présentant des parcours patients, font l'objet de financements sur ce fondement. Les parcours sont hétérogènes selon les situations rencontrées, et relèvent de régimes juridiques différents. Ils concernent, par exemple, le parcours de soins coordonné de patients post AVC et autres maladies neurologiques, les parcours de soins précoces et coordonnés des nouveaux nés vulnérables, ou encore les parcours de soins innovants de réadaptation dans la bronchopneumopathie chronique obstructive. Ces derniers consistent à « mettre en place des parcours de réadaptation respiratoire BPCO proposant une prise en charge globale avec un accompagnement modulable, coordonné et partagé pour répondre aux besoins spécifiques de chaque malade atteint de BPCO ». Deux autres contributions présentées dans la session « articulation des compétences des professionnels de santé dans le cadre des innovations organisationnelles des parcours patients » font référence à des parcours patients dans le domaine de l'oncologie et pour les personnes âgées polymédiquées.

## **B) Les incertitudes des « parcours patients »**

La Haute autorité de santé, dans un document publié en février 2015 et intitulé « Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluri professionnels ? », décrit les conditions d'élaboration des protocoles pluriprofessionnels afin « d'associer des compétences médicales, soignantes, médico-sociales pour mieux prendre en charge une situation concernant une ou des maladie(s) aiguë(s) ou chronique(s) ». La position exposée par la HAS souligne le risque d'une recherche de « la clarification du rôle de chaque professionnel plutôt que la promotion du travail en équipe ». Elle suggère une attention particulière au respect des « frontières de compétences et des responsabilités existantes », et met en lumière « les bénéfices attendus d'une responsabilité partagée entre professionnels vis-à-vis des risques de rupture dans le parcours des patients ». Ces phrases incitent à la prudence car elles remettent en cause l'un des critères habituels de réalisation d'un acte médical (que sont le titre, la volonté, la finalité et la qualité de l'acte). Le titre du professionnel, acquis après l'obtention d'un diplôme, atteste de ses capacités. Le fait de s'abstraire du rôle que confèrent ces compétences pour penser au travail en équipe est source d'incertitude. La question de la mise en œuvre des responsabilités ne manquera pas de se poser avec acuité. Le professionnel est responsable pour les actes qui relèvent de son contrôle : l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat, exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur (art. R 4311-12 CSP) ou les préparateurs en pharmacie qui assument leurs tâches sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un pharmacien (art. L 4241-1 CSP). Quels risques encourent les différents professionnels engagés dans cette approche collective en cas de faute menant à un dommage pour le patient, pour quel partage des responsabilités ?

Ensuite, les nouvelles compétences et missions des professions de santé ne correspondent pas toujours aux besoins des patients, ni ne suscitent toutes l'adhésion des professionnels concernés. En outre, la coordination théorique entre professionnels exerçant en ville, dans les établissements de santé, entre professionnels de santé, du secteur médico-social et du social, demeurent parfois illusoire face à la segmentation des pratiques. La théorie, une construction adaptée aux particularités des patients, ne doit pas produire un effet inverse : un manque d'efficacité du fait d'une présence de trop nombreux professionnels et d'un manque d'organisation, pour un projet pourtant destiné à abandonner une approche trop cloisonnée.

Enfin, les règles applicables varient selon la nature du parcours et du thème traité. Benoit Apollis, dans un article publié en 2014 et consacré au parcours de soins et traitement du cancer [Apollis B., 2014]. Les particularités de l'oncologie et la variété des cancers impliquent le respect d'un cadre juridique spécifique. Les autorisations sanitaires requises, les caractéristiques des réunions de concertation pluridisciplinaire, nécessaires pour prendre des décisions relatives aux malades (elles peuvent être réalisées dans d'autres domaines, par exemple la sclérose en plaque), illustrent ce constat. Le manque de personnalisation de la prise en charge, incarnée par les incertitudes du dispositif d'annonce du diagnostic et du programme personnalisé de soins, démontraient la difficulté à appliquer des normes à l'effectivité incertaine.

Pour conclure, la récente loi n° 2023-379 du 19 mai 2023, ayant pour finalité un meilleur accès aux soins, suscite cependant le scepticisme [Curier-Roche P., 2023]. L'accès direct à des professionnels de santé, et l'ensemble des mesures prises, répondent à un principal objectif : remédier aux effets de la pénurie de médecins dans différents territoires. Mais une réflexion d'ensemble s'avère nécessaire pour répondre à un autre but : une prise en charge, un accompagnement et un suivi optimisés des patients. L'adjonction régulière de nouvelles compétences aux professions paramédicales ne doit pas masquer cet enjeu central, ni occulter des mises en pratiques parfois aléatoires.

## **Bibliographie**

Apollis B. (2014). Parcours de soins et traitement du cancer, *RDSS*, 51

Apollis B., Truchet D. (2022). *Droit de la santé publique*. Paris, Dalloz, 16-20

Autorité de la concurrence (4 avril 2019). avis 19-A-08 relatif aux secteurs de la distribution du médicament en ville et de la biologie médicale privée

Berland Y. (octobre 2003). coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et de compétences, rapport, 1-55

Bloch M.A., Henaut L. (2014). *Coordination et parcours*. Paris, Dunod, 1-336

Bohic N., A. Josselin, A.-C. Sandeau-Gruber, H. Siamed (novembre 2021). Trajectoires pour des nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, rapport de l'IGAS n° 2021-051R

Borgetto M. (2021). Le parcours du patient, *RDSS*, 393

Brissy S. (2022/3). Amplifier l'évolution du droit des professions de santé, Table-ronde 2 : Évolution des

professions en santé, *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie* n° 33, 21-27

Couty E., Dupont M. (2005/1). La révolution silencieuse des professions de santé : démographie, compétences, responsabilités, *Revue française d'administration publique*, (n°113), pp. 97-112

Curier-Roche P. (2023). Un accès aux soins facilité : réalité ou pure incantation ? À propos de la loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance des professionnels de santé, *RDSS*, 1060

Faucher-Magna E., Wallon V. (2018). Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS, rapport de l'IGAS n° 2018-041R

Haute autorité de santé (16 avril 2008). Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé, Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDP

Haute autorité de santé (13 mars 2024). Accélérer les coopérations et les partages de tâches entre professionnels de santé, position de la HAS

Leca A. (dir.) (2019). Le monopole médical en question, *Les cahiers de droit de la santé*, Bordeaux, LEH, 1-172

Maurey H., Longeot J.F. (29 janvier 2020). Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses !, Rapport d'information n° 282 (2019-2020) fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable

Moret-Bailly J. (2008). Les modes de définition des professions de santé, présent et avenir, *RDSS*, 508-519

Piveteau D. (2014). Les parcours portent la transformation du système de santé, *ADSP*, n° 88, 15-17

Tabuteau D., (2010/1). Pouvoirs publics et professions de santé, *Les tribunes de la santé*, (n° 26), 103-120

Vioujas V. (2021). Parcours du patient et relation médicale, *RDSS*, 445