



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**PROJET DE RECOMMANDATION HAS EN  
COLLABORATION AVEC L'ONDPS SOUMIS À LA  
CONSULTATION PUBLIQUE**

**DÉLÉGATION, TRANSFERTS, NOUVEAUX MÉTIERS...**

**CONDITIONS DES NOUVELLES FORMES DE  
COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

Décembre 2007

---

## L'ÉQUIPE

---

Ce projet de recommandation a été piloté et coordonné par un comité de suivi présidé par Yvon Berland et Claude Maffioli et composé de :

Yann Bourgueil

Sandrine Chambaretaud

Anne-Line Couillerot

Guillermo Jasso-Mosqueda

Philippe Michel

Fabienne Midy

Lise Rochaix

François Romaneix

Catherine Rumeau-Pichon

Clémence Thébaut

Ce projet de recommandation a été rédigé, sous la responsabilité de Catherine Rumeau-Pichon, chef du service évaluation médico-économique et santé publique, par Sandrine Chambaretaud. Le secrétariat du projet a été assuré par Aurore Tattou.

---

# SOMMAIRE

---

<b>0. INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
0.1 PROBLÉMATIQUE ET DÉFINITIONS.....	5
0.2 LES ENJEUX DES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION .....	7
0.3 LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE .....	8
0.4 LE PROJET DE RECOMMANDATION SUR LES CONDITIONS DES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION ....	10
<b>I. L'EXERCICE DES PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES AUJOURD'HUI : FORMATION, CONTEXTE JURIDIQUE ET ÉCONOMIQUE</b> .....	<b>12</b>
I.1 DES CONDITIONS DE FORMATION INITIALE QUI CRÉENT D'EMBLÉE UNE SÉPARATION ENTRE PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES .....	13
I.2 UN CADRE LÉGAL D'EXERCICE QUI ENTÉRINE CETTE SÉPARATION .....	14
I.3 DES MODES DE RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ RELATIVEMENT RIGIDES .....	18
<b>II. LE DÉVELOPPEMENT DES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION DANS UN CADRE AMÉNAGÉ : OPPORTUNITÉS ET FREINS</b> .....	<b>22</b>
II.1 DES ACTIVITÉS IDENTIFIÉES QUI PEUVENT DONNER LIEU À UNE NOUVELLE RÉPARTITION DES TÂCHES ....	23
II.1.1 <i>Les enseignements des expériences internationales</i> .....	23
II.1.2 <i>Les enseignements des expérimentations</i> .....	26
II.2 DES AMÉNAGEMENTS DU CADRE D'EXERCICE LIÉS AU TYPE DE COOPÉRATIONS.....	31
II.2.1 <i>La réalisation d'actes précis : une adaptation nécessaire du cadre juridique</i> .....	32
II.2.2 <i>Le développement des coopérations dans le cadre de prises en charges spécifiques : des aménagements avant tout économiques</i> .....	35
CONCLUSION : LES LIMITES DES STRATÉGIES DANS UN CADRE « AMÉNAGÉ » .....	36
<b>III UN CADRE RÉNOVÉ POUR RENFORCER LES COOPÉRATIONS</b> .....	<b>38</b>
III.1 RENFORCER L'OFFRE DE FORMATION POUR LES PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX.....	39
III.1.1 <i>Associer les professionnels de santé à la construction des référentiels métiers et compétences</i> .....	39
III.1.2 <i>Définir les niveaux de compétences sur une échelle de formation à trois niveaux et construire des référentiels de formation</i> .....	40
III.1.3 <i>Confier la formation à des opérateurs sur la base de référentiels</i> .....	42
III.2 REPENSER LE CADRE JURIDIQUE DE L'EXERCICE DES PROFESSIONS DE SANTÉ.....	43
III.2.1 <i>Définir les professions de santé selon un modèle mixte</i> .....	43
III.2.2 <i>Aménager les règles déontologiques des professionnels paramédicaux</i> .....	46
III.2.3 <i>Maîtriser les risques afin de limiter d'éventuels surcoûts en termes d'assurance responsabilité civile professionnelle</i> .....	47
III.3 ADAPTER LES MODALITÉS DE FINANCEMENT ET DE RÉMUNÉRATION .....	48
III.3.1 <i>En ambulatoire, lier conditions d'exercice et de rémunération à la nature de l'activité</i> .....	49
III.3.2 <i>Modifier les conditions de rémunération des professionnels paramédicaux à l'hôpital</i> .....	51
III.3.3 <i>Organiser et financer les activités liées à la coordination</i> .....	51

<b>IV. CONDITIONS CONCRÈTES DE MISE EN ŒUVRE ET DE GÉNÉRALISATION .....</b>	<b>53</b>
IV.1. IDENTIFIER LES ACTIVITÉS CONCERNÉES PAR LES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION .....	53
IV.2 DÉFINIR LES ÉTAPES CLEFS DANS LA MISE EN ŒUVRE DES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION SUR LE TERRAIN.....	54
<i>IV.2.1 Le développement des nouvelles formes de coopérations selon un processus modélisé a priori.....</i>	<i>55</i>
<i>IV.2.2 Le développement des nouvelles formes de coopération selon un processus d'innovation.</i>	<i>56</i>
IV.3. RÉORGANISER LES « PARCOURS DE SOINS » DES PATIENTS ET ÉVALUER LES COOPÉRATIONS.....	58
<i>IV.3.1 Liez le développement des coopérations et les réflexions sur les parcours de soins.....</i>	<i>58</i>
<i>IV.3.2. Evaluer les coopérations de manière globale.....</i>	<i>59</i>
<b>V. CONCLUSIONS : LES POINTS CLEFS DU PROJET DE RECOMMANDATION .....</b>	<b>60</b>

## **0. INTRODUCTION**

Ce projet de recommandation s'inscrit dans le cadre des travaux initiés depuis décembre 2003 par le ministre de la Santé sur le thème des coopérations entre professions de santé. La mission confiée au Professeur Yvon Berland sur le lancement et l'évaluation d'expérimentations de coopération entre professions de santé en 2003 a permis de définir un premier état de la question, de préciser le cadre réglementaire des expérimentations et de produire une première évaluation relative à cinq expérimentations. Afin d'approfondir ces enseignements et de proposer des pistes pour l'action, le ministre chargé de la Santé a chargé la HAS d'élaborer une recommandation sur les coopérations entre les professions de santé. Ces travaux ont été conduits en collaboration avec l'ONDPS.

### **0.1 Problématique et définitions**

Le partage des rôles entre spécialités médicales et entre professionnels autour du patient est en perpétuelle évolution. Le contenu des métiers s'est adapté au cours du temps en fonction de l'émergence des problèmes de santé publique, des progrès de la recherche scientifique et des innovations cliniques et techniques et, aussi, des évolutions plus générales de la société.

La répartition des tâches entre professionnels de santé est un facteur essentiel de la qualité du système de santé et de sa capacité à répondre aux besoins de la population. Dans un contexte où se mêlent l'apparition de nouveaux « besoins » de santé, l'évolution de la demande adressée aux professionnels, des progrès technologiques importants et la diminution annoncée du nombre de médecins, cette question mérite une attention toute particulière.

Par nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, on entend à la fois :

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

Les expériences étrangères et l'évaluation des expérimentations françaises montrent que ces deux logiques ne sont généralement pas exclusives : la redistribution des rôles entre professionnels de santé sur une activité donnée amène le développement de nouvelles activités liées à la coordination et modifie l'organisation du travail. Ces nouvelles formes de coopération peuvent, en particulier, se traduire par la création de *nouveaux métiers* à l'instar de la profession « conseillers en génétique ».

Les pratiques de coopération qui modifient la répartition traditionnelle des rôles et des tâches entre professions médicales et paramédicales restent aujourd'hui peu connues bien que répandues. La connaissance, la reconnaissance et l'encadrement de ces pratiques issues du terrain - dont certaines se développent en dehors de tout cadre légal ou réglementaire - renvoient à deux objectifs fondamentaux.

Premièrement, la plupart de ces pratiques sont individuelles, informelles et donc ne sont ni intégrées dans des démarches qualité ni évaluées. La reconnaissance et le développement de ces pratiques dans un cadre de qualité et de sécurité pour le patient s'inscrivent dans un objectif de qualité des soins partagé par tous les acteurs.

Deuxièmement, un certain nombre de professions ne sont donc pas reconnues dans leur pratique et compétences réelles. La redéfinition du contour des métiers et de la répartition des activités apparaît aujourd'hui comme un élément déterminant de l'attractivité des professions. Cette redéfinition a un rôle majeur tant sur le contenu des métiers que sur les conditions de leur exercice, en particulier par l'optimisation de l'activité de chaque professionnel, la reconnaissance des compétences, la valorisation financière, l'ouverture de nouvelles voies d'évolution professionnelle....

## 0.2 Les enjeux des nouvelles formes de coopération

Les expériences internationales tendant à modifier les rôles des différents professionnels de santé offrent une piste d'analyse intéressante pour réfléchir aux enjeux des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé en France.

Tout d'abord, ces expériences montrent 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**. La littérature américaine sur les nouvelles formes de coopération (*Skill mix*) s'est ainsi d'abord focalisée sur les expériences visant à une substitution entre les divers types de professionnels de santé (médecins-infirmières, psychiatres-conseillers en psychiatrie, médecins-pharmaciens, médecins-diététiciens, infirmière-personnel non qualifié, infirmière-diététicien) au début des années quatre-vingt-dix, puis a analysé les expériences de diversification des services. C'est, au contraire, la question du volume et de la diversification des activités de soins qui a, semble-t-il, constitué la porte d'entrée à la réflexion sur les coopérations entre professionnels au Royaume-Uni, la problématique de la substitution intervenant plus tardivement dans les débats.

Ces deux approches des coopérations entre professionnels illustrent l'importance des facteurs de contexte. Si aux États-Unis les principaux problèmes du système de santé sont liés à son coût, au Royaume-Uni, c'est souvent la médiocre qualité de la prise en charge des patients qui a été dénoncée dans les années quatre-vingt-dix. Dès lors, on comprend que la problématique principale abordée aux États-Unis soit celle de la substitution entre des professionnels ayant des niveaux de rémunération différents, afin de « produire » un ensemble de soins donné au moindre coût. A l'inverse, au Royaume-Uni, la priorité a été de proposer la meilleure prise en charge possible à niveau de ressources donné (humaines mais aussi financières).

Nonobstant l'importance du contexte, les expériences internationales permettent de dégager des enseignements généraux utiles.

Il apparaît d'abord que les expériences de coopération ont un impact significatif sur le contenu même du processus de soins. Elles peuvent ainsi permettre d'améliorer la qualité des soins en favorisant le développement de certaines activités (l'éducation thérapeutique par exemple) et/ou la réorganisation de la prise en charge des patients avec des professionnels

paramédicaux possédant des compétences étendues (par exemple pour le suivi des malades chroniques).

Les coopérations peuvent aussi permettre de faire face à des insuffisances du nombre de médecins grâce à une utilisation plus efficiente des compétences disponibles. Si elles peuvent contribuer à dégager du « temps médecin » lorsqu'elles relèvent d'une logique de substitution, leur impact dépend toutefois de l'utilisation de ce temps dégagé. Par ailleurs, elles ne permettent généralement pas, à elles seules, de résoudre des difficultés liées à des pénuries localisées de médecins ; la répartition géographique des autres professionnels de santé est, en effet, le plus souvent proche de celle des médecins.

En termes d'efficience, les expériences étrangères montrent plutôt une hausse des dépenses à court terme. Si les coopérations améliorent l'efficience, c'est par l'amélioration des résultats obtenus en termes de qualité de la prise en charge. En effet, le développement des coopérations s'accompagne d'une phase de formation souvent coûteuse. De plus, si les coopérations répondent à une demande non satisfaite, elles aboutissent à une hausse des dépenses liées à un effet volume. Enfin, lorsqu'elles permettent le développement de nouveaux rôles, elles sont également facteur de hausse des dépenses, avec un effet qualité.

Enfin, les coopérations peuvent contribuer à la revalorisation de certaines professions dans la mesure où elles font l'objet de formations et de qualifications reconnues, permettant des évolutions de carrière. Cependant, la multiplication de ces nouvelles tâches peut aussi être synonyme de surcharge de travail, et peut alors être vécue comme un moyen de transférer les malades les plus lourds (gériatrie, patients en fin de vie, patients ayant aussi besoin d'une prise en charge sociale).

### **0.3 Le contexte démographique**

Outre son inscription naturelle dans l'évolution historique de la médecine, la question de la coopération entre professionnels de santé s'insère dans une conjoncture de tension prévisionnelle en termes de démographie professionnelle, tant médicale que paramédicale. L'optimisation de l'activité de chaque professionnel et donc du « temps médical et paramédical disponible » pourrait offrir une perspective de réponse aux difficultés actuelles de démographie que connaissent certaines professions médicales ou paramédicales.

Les travaux menés par la Drees et par l'ONDPS depuis le début des années 2000 sur la démographie des professions de santé fournissent des éléments de cadrage indispensables

aux réflexions sur les nouvelles formes de coopération. Le premier élément concerne les effectifs actuels des différentes professions : environ 470 000 infirmières, 200 000 médecins, 70 000 pharmaciens, 60 000 masseurs kinésithérapeutes, 17 000 sages-femmes...

Les projections réalisées par la Drees, en prenant pour hypothèse la poursuite des comportements actuels des professionnels de santé (départ à la retraite, cessation d'activité, etc.) et le maintien des *numerus clausus* (ou des quotas) fixés par la tutelle, esquissent l'évolution démographique tendancielle de ces professions à « comportements inchangés ». Si pour les médecins et, dans une moindre mesure, pour les odontologistes les effectifs et la densité doivent, selon ces hypothèses, diminuer à l'horizon 2020, des mouvements inverses devraient être observés pour les masseurs kinésithérapeutes, les sages femmes et surtout les infirmières.

Ces travaux laissent anticiper une diminution de la densité médicale surtout prononcée dans le secteur libéral ainsi que la poursuite de la féminisation de la profession, où les femmes devraient devenir majoritaires après 2020.

Enfin, les projections laissent entrevoir, à comportements d'installation inchangés, une tendance globale à la réduction des inégalités régionales dans la répartition des médecins, mais aussi l'existence de territoires « fragiles » notamment dans les zones rurales, où la présence des infirmières et des pharmaciens reste toutefois plus importante que celle des autres professionnels.

Ces évolutions ne renseignent cependant pas en elles-mêmes sur la capacité des professionnels de santé à satisfaire les besoins de soins de la population à un horizon de 20 ans. Elles doivent en effet être mises en regard, d'une part, de l'évolution de leur temps de travail (que la féminisation ne détermine pas en elle-même) et, d'autre part, des modifications de l'environnement : évolutions de la demande liées notamment au vieillissement, innovations techniques et progrès médical, nouvelles priorités de santé publique, réformes du système de santé ou encore changements réglementaires (par exemple, la directive européenne sur le temps de travail des internes).

La diminution prévisible de la densité médicale et du temps médical pose la question de l'optimisation de l'organisation des soins et de la prise en charge des patients. Cela implique une réflexion qui doit s'étendre à l'ensemble des professions de santé (pharmaciens, sages-femmes, kinésithérapeutes par exemple), aux autres professions intervenant dans le domaine sanitaire (comme les aides-soignantes ou les secrétaires médicales), aux professionnels avec

lesquels ils sont amenés à travailler (travailleurs sociaux notamment) jusqu'aux patients, acteurs de leur propre prise en charge.

#### **0.4 Le projet de recommandation sur les conditions des nouvelles formes de coopération**

L'élaboration de cette recommandation s'appuie sur la méthodologie définie par la HAS dans son rapport d'étape<sup>1</sup>. Elle emprunte largement à la démarche prospective.

Trois facteurs déterminants en termes d'évolution des rôles des différents professionnels de santé ont été identifiés : *le cadre juridique de l'exercice des professions de santé, les formations dont bénéficient les professionnels de santé et le contexte économique et organisationnel de l'exercice des professionnels*. Sur chacun de ces thèmes, un groupe de travail a été mis en place afin de proposer un état des lieux, d'identifier les freins au développement des nouvelles formes de coopération et les évolutions « souhaitables » à court et à long terme<sup>2</sup>.

L'évolution de ces trois facteurs constitue une *condition nécessaire* au développement des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé mais n'est pas une condition suffisante. En particulier, les conditions concrètes de mise en œuvre de ces nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé doivent être définies en tenant compte de l'ensemble des acteurs (professionnels et établissements de santé, patients, régulateurs) et du type de coopération, en distinguant en particulier les coopérations « techniques » et celles liées à l'évolution des modalités de prise en charge.

---

<sup>1</sup> cf. rapport d'étape, janvier 2007, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_detape\\_-\\_delegation\\_transfert\\_nouveaux\\_metiers...\\_2007\\_03\\_26\\_\\_15\\_41\\_53\\_964.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_detape_-_delegation_transfert_nouveaux_metiers..._2007_03_26__15_41_53_964.pdf)

<sup>2</sup> cf. « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », Note de synthèse du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum, Décembre 2007, « Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques », Rapport du groupe de travail présidé par Claude Evin, Décembre 2007, « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », Rapport du groupe de travail présidé par Yvon Berland, Décembre 2007

Ces conditions de mise en oeuvre concrète (ou d'implémentation) ont été identifiées en s'appuyant sur les expérimentations de coopération entre professionnels de santé et les retours d'expérience que nous avons recueillis grâce à l'enquête sur les pratiques actuelles de coopération entre professionnels<sup>3</sup>.

Enfin, la concertation et la mise en débat des orientations proposées constituent la dernière étape de l'élaboration de cette recommandation. En invitant tous les professionnels et tous ceux qui se sentent concernés par le développement des nouvelles formes de coopération à s'exprimer sur ce projet de recommandation, la HAS souhaite mettre en oeuvre une démarche de réflexion concertée et transparente permettant de recueillir les avis et attentes de l'ensemble des acteurs concernés.

Le projet de recommandation est organisé en quatre grands chapitres :

1. un état des lieux sur les conditions de l'exercice des professions médicales et paramédicales ;
2. le « potentiel » de développement de ces nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé pouvant être atteint sans modifications majeures de ce cadre d'exercice ;
3. les évolutions structurelles qui sont nécessaires à un développement des coopérations au-delà du potentiel immédiat ;
4. les conditions concrètes de mise en oeuvre des coopérations.

---

<sup>3</sup> Cf. « Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé », Yvon Berland et Yann Bourgueil, juin 2006, <http://www.sante.gouv.fr/ondps> et « Les pratiques actuelles de coopération : analyse des témoignages des professionnels de santé », Document de travail HAS, Décembre 2007

## **I L'EXERCICE DES PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES AUJOURD'HUI : FORMATION, CONTEXTE JURIDIQUE ET ÉCONOMIQUE**

La question du développement de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé<sup>4</sup> se pose aujourd'hui entre des professionnels motivés par une même mission – participer à la meilleure prise en charge possible de la population et des patients – mais exerçant dans des conditions très différentes.

Le code de la santé publique distingue trois grandes catégories de professions de santé :

- les professions médicales : les médecins, les sages-femmes et les odontologistes ;
- les professions de la pharmacie : les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie ;
- les professions d'auxiliaires médicaux : infirmier(e), masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue, ergothérapeute et psychomotricien(ne), orthophoniste et orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées et diététicien(ne).

Enfin, il convient d'ajouter à cette liste une dernière profession, organisée par l'ordonnance du 19 septembre 2000 : le conseiller en génétique.

La formation de ces différentes professions, les conditions juridiques et le contexte économique et organisationnel de leur exercice constituent le cadre au sein duquel va s'organiser la prise en charge des patients et les modalités d'intervention des uns et des autres.

En ce qui concerne les médecins, la formation tout comme le cadre juridique et économique d'exercice mettent l'accent sur l'autonomie et l'indépendance. Cette profession bénéficie d'une reconnaissance universitaire et légale ainsi que de la capacité à engager des dépenses financées collectivement. Les autres professions de santé et, en particulier, les professions paramédicales ne bénéficient, quant à elles, que d'une autonomie beaucoup plus limitée, leurs conditions d'exercice étant le plus souvent définies en référence à celles des médecins.

---

<sup>4</sup> Au sens d'une nouvelle répartition des activités entre les professions de santé ou, aussi, du développement de nouveaux modes de prise en charge

## I.1 Des conditions de formation initiale qui créent d'emblée une séparation entre professions médicales et paramédicales

\*\*\*\*\*

**Résumé** : Première étape de l'exercice de ces professions, la formation des étudiants est marquée par un écart important entre la formation des médecins qui relève d'une filière universitaire longue (9 à 11 ans) et celle des professions paramédicales qui correspond à des filières professionnelles relativement courtes (3 ans en moyenne). Cet écart, en termes de nature et de durée des formations des professions de santé, est suffisamment singulier pour être signalé : la plupart des autres professions sont construites autour d'un continuum de qualifications (brevet professionnel, technicien, ingénieur, docteur)<sup>5</sup>.

\*\*\*\*\*

La possession d'un diplôme déterminé par la loi, et donc la formation aux professions de santé, est ce qui autorise l'exercice des professions de santé.

La formation des médecins est à la fois théorique et pratique. Elle se fait en 9 à 11 ans au cours de trois cycles d'études : un premier cycle de deux ans, un deuxième cycle de quatre ans et un troisième cycle de trois à cinq ans. Les autres professions médicales (sages-femmes et odontologistes) bénéficient, elles aussi, d'une formation relativement longue avec une première année commune avec les médecins : 5 ans pour les sages femmes ; entre 6 et 8 ans pour les odontologistes.

La formation des auxiliaires médicaux est, en revanche, plus courte : les études durent en moyenne trois ans, la moitié de ce temps étant consacré à des stages pratiques. Les auxiliaires médicaux peuvent, après une première expérience professionnelle, suivre une formation de 10 mois à l'encadrement des équipes soignantes et à l'enseignement. Les infirmières ont, de plus, la possibilité de suivre des formations complémentaires spécialisées en vue d'obtenir un diplôme d'État d'infirmière anesthésiste, d'infirmière de bloc opératoire ou d'infirmière puéricultrice. La durée de ces formations varie de 12 à 24 mois avec 700 à 900 heures d'enseignements théoriques et 700 à 2500 heures de stage. Elles permettent, notamment, d'accéder à la catégorie A de la fonction publique.

Enfin, il faut aussi noter la création récente d'une nouvelle profession, les conseillers en génétique, qui sont titulaires d'un Master délivré par l'université.

---

<sup>5</sup>cf. « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », Rapport du groupe de travail présidé par Yvon Berland, Décembre 2007

Les médecins, les odontologistes, les pharmaciens, les orthophonistes, les orthoptistes et les conseillers en génétique suivent une formation universitaire<sup>6</sup> ; les autres professions relèvent de l'enseignement professionnel et sont centrées sur la réalisation de certains types d'actes en mettant peu l'accent sur l'autonomie.

On peut toutefois noter un rapprochement récent entre les études médicales et celles des autres professionnels de santé : certains instituts de formation de kinésithérapie (la moitié des instituts sont dans ce cas), de manipulateurs d'électroradiologie et d'infirmiers (à titre expérimental pour les deux derniers) recrutent tout ou partie de leurs effectifs à l'issue d'une première année de médecine.

Au total, les professions de santé restent, malgré tout, marquées par un écart important en termes de durée des formations suivies (9 à 11 ans pour les médecins et 3 ans pour les auxiliaires médicaux) et de nature de l'enseignement dispensé (universitaire avec un cursus de recherche pour certaines professions, professionnel pour les auxiliaires médicaux et les sages-femmes). Il s'agit d'une organisation singulière, les autres professions étant généralement structurées autour d'un *continuum* de qualification<sup>7</sup>. Cette dernière remarque signifie soit que la prise en charge des patients et de la santé de la population ne requiert pas l'intervention de professionnels possédant des niveaux de qualification intermédiaires soit que les besoins en qualifications intermédiaires sont satisfaits par des professionnels possédant un autre niveau de diplôme (des médecins ou des auxiliaires médicaux).

## I.2 Un cadre légal d'exercice qui entérine cette séparation

\*\*\*\*\*

**Résumé** Le cadre juridique de l'exercice des professions médicales et paramédicales est construit en référence aux diplômes obtenus par les individus et à la notion de « monopole médical ». Le monopole médical est défini comme une exonération légale au principe de protection de l'intégrité corporelle des personnes, c'est-à-dire que seuls les médecins sont autorisés à porter atteinte à cette intégrité. Les autres professions, médicales (sages-femmes et odontologistes) et paramédicales, sont alors conçues en dérogation à ce monopole, l'exercice des professions de santé non médicales s'entendant plus précisément comme une exception autorisée dans le cadre des décrets d'actes<sup>8</sup>.

\*\*\*\*\*

---

<sup>6</sup> Les orthophonistes et les orthoptistes relèvent aussi d'une formation à l'université dans le cadre d'une capacité nationale.

<sup>7</sup> Par exemple, dans les métiers de l'enseignement on trouve des professeurs des écoles, des professeurs certifiés, des professeurs agrégés, des maîtres de conférence et des professeurs des universités.

<sup>8</sup> Cf. « Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques », Rapport du groupe de travail présidé par Claude Evin, Décembre 2007

Dans le système de droit français, une intervention sur le corps humain, si elle entraîne un dommage, constitue, par principe, une « atteinte à l'intégrité physique des personnes » au sens du Code pénal. Elle est, à ce titre, punissable, la peine dépendant de la gravité de l'atteinte. Cela implique en particulier que seule la loi peut autoriser un professionnel de santé à intervenir sur le corps humain.

Les conditions d'une atteinte légitime à l'intégrité corporelle sont mentionnées dans le Code civil : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

Le critère légal de légitimité des interventions sur le corps humain retenu par le législateur est celui de la qualification professionnelle liée à l'obtention d'un diplôme ou d'un titre équivalent, véritable « permis de soigner ». La notion de qualification constitue donc la clé de voûte de cette organisation.

Soulignons, à ce propos, que le système n'est pas fondé sur la compétence qui renvoie à la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs en situation (une façon adaptée et reconnue de faire et de se comporter) par les professionnels, mais sur l'inscription de l'intervention dans les cadres légaux.

La profession médicale, qui est au cœur du système d'organisation des professions de santé, est définie sur le principe d'une exonération au principe de protection de l'intégrité corporelle. Cette exonération constitue le « monopole médical ». Les compétences des autres professionnels de santé sont, pour leur part, conçues comme des dérogations à ce monopole (cf. encadré 1). Pour les autres professions médicales (sages-femmes et odontologistes), ces dérogations sont autorisées dans le cadre d'un modèle d'intervention fondé sur les missions qui leur sont imparties. Pour les auxiliaires médicaux elles sont autorisées dans le cadre des décrets d'actes. Ce cadre juridique définit en particulier les règles de la responsabilité des professionnels de santé (cf. encadré 2).

### **Encadré 1 : délégations et transferts**

Par souci de clarification, les termes « délégations » et « transferts » n'ont pas été utilisés dans ce rapport en dehors du titre. Ces termes sont aujourd'hui largement utilisés par les professionnels de santé lorsqu'ils s'intéressent à la question des nouvelles modalités de répartition des activités. Cependant, les travaux du groupe juridique nous amènent à penser qu'ils peuvent générer des confusions importantes, notamment en ce qui concerne la responsabilité des uns et des autres<sup>9</sup>. En effet, 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 transférable ni déléguable. Un médecin qui transférerait ou déléguerait certaines activités, de manière isolée, à un professionnel paramédical engagerait sa responsabilité pénale. En revanche, l'impact des nouvelles formes de coopération, dès lors que la loi les autorise, sur la responsabilité civile des professionnels concernés est lié au mode de collaboration entre ces professionnels (indépendants, salariés d'un même établissement ou engagés par un contrat de travail).

L'arrêté du 6 janvier 1962 définit ainsi la liste, limitative, des actes pouvant être délégués par un médecin à un paramédical - ceux-ci étant réalisés soit sous le contrôle direct d'un médecin, soit sur sa prescription – et, dans le cas particulier des infirmiers, les actes pouvant être réalisés dans le cadre du « rôle propre »<sup>10</sup>. La loi sur l'exercice illégal de la médecine faisant référence à cet arrêté, les règles de l'arrêté doivent être considérées comme ayant une valeur équivalente à celle de la loi. Cela signifie donc que les possibilités d'intervention des auxiliaires médicaux sont organisées en référence à une liste limitative d'actes<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup> Cf. « Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques », Rapport du groupe de travail présidé par Claude Evin, Décembre 2007

<sup>10</sup> Article R. 4311-3 : « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6 . Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier , formule des objectifs de soins , met en œuvre les actions appropriées et les évalue . Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative . Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »

<sup>11</sup> Par exemple, dans le cas de la profession infirmière, cette liste comprend 109 actes.

## **Encadré 2 : Les différents types de responsabilité**

### **1. La responsabilité pénale**

La responsabilité pénale des professionnels de santé est encourue lorsque ces derniers ont commis des fautes pénales sanctionnées notamment par des peines privatives de liberté ou des peines d'amende.

L'exercice illégal de la médecine est constitué dès lors que le professionnel de santé ne respecte pas les décrets d'actes ou agit en dehors des limites de la mission impartie.

Qu'il y ait ou non exercice illégal de la médecine, les professionnels de santé peuvent voir engager leur responsabilité pénale à raison d'une atteinte involontaire à la vie ou à l'intégrité physique du patient.

Selon l'article 121-3, alinéa 2e, du Code pénal, il n'y a délit en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement que « s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait ».

Le médecin sous l'autorité duquel sont réalisés les actes (contrôle, prescription) peut engager également sa responsabilité pénale en vertu de l'article 121-3, alinéa 3e : « les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement » que s'il est établi soit une violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit une faute caractérisée qui expose autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elle ne pouvait ignorer.

### **2. La responsabilité administrative**

Dans les établissements publics de santé, l'administration répond de l'ensemble de ces dommages sauf faute détachable. La qualification de la faute détachable est exceptionnellement retenue.

### **3. La responsabilité civile**

Dans l'hypothèse où le médecin ainsi que l'auxiliaire sont salariés d'un même établissement de santé, seul cet établissement est tenu d'indemniser les dommages subis par le patient. C'est seulement si le salarié excède les limites de sa mission que la jurisprudence admet qu'il puisse engager sa propre responsabilité.

Dans l'hypothèse où l'auxiliaire est le salarié du médecin qui exerce à titre libéral, seul le médecin engage sa responsabilité du fait des actes dommageables de l'auxiliaire lequel n'est responsable que s'il a excédé les limites de sa mission.

Enfin, lorsque l'auxiliaire exerce à titre indépendant, il y aura généralement lieu à un partage de responsabilité entre le médecin et l'auxiliaire en fonction de la gravité des fautes de chacun. Si le médecin n'a commis aucune faute dans le contrôle et la prescription des actes exécutés par l'auxiliaire, il n'engage pas sa responsabilité.

### I.3 Des modes de rémunération des professionnels de santé relativement rigides

\*\*\*\*\*

**Résumé** Les modes de rémunération des professionnels de santé, tant en ville qu'à l'hôpital, offrent a priori peu de place au développement de nouvelles formes de coopération. En ville, ils sont construits autour de l'exercice individuel et, à l'hôpital, ils sont déterminés en fonction des qualifications plutôt que des missions<sup>12</sup>.

\*\*\*\*\*

L'organisation de l'offre de soins en France est fondée sur deux secteurs, la ville et l'hôpital, obéissant à des règles de fonctionnement et de gestion très différentes.

En ville, l'offre de soins comprend à la fois des soins de premiers recours assurés (voire coordonnés dans le cadre du dispositif du médecin traitant) par des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux exerçant le plus souvent dans un cadre libéral et des soins spécialisés effectués par des médecins spécialistes exerçant eux-aussi dans un cadre libéral.

Ce cadre libéral s'accompagne d'un mode de rémunération des professionnels essentiellement fondé sur le paiement à l'acte. Le revenu de chaque professionnel libéral, qu'il soit médecin généraliste, médecin spécialiste ou professionnel paramédical, est donc directement lié à son activité propre, laquelle va dépendre du mode de partage de l'activité existant entre ces professionnels. Il faut toutefois souligner que la Convention médicale de 2005 prévoit la possibilité pour un médecin, salariant au sein de son cabinet un auxiliaire médical, de facturer les actes effectués par ce professionnel.

On peut distinguer deux grands groupes d'actes pour les médecins : les actes techniques – qui sont identifiés dans la nomenclature – et les actes cliniques – qui sont inclus dans le tarif des consultations. Pour ces derniers, ce mode de rémunération ne permet pas de distinguer, au sein d'une consultation, certaines prestations cliniques qui pourraient être réalisées séparément de la consultation dans son ensemble. De plus, une première consultation est facturée de la même façon qu'une consultation de suivi ou de renouvellement d'ordonnance<sup>13</sup>. Cela signifie que la rémunération d'une consultation n'est liée ni à son niveau de difficulté ni à

---

<sup>12</sup> Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Note de synthèse du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum, Décembre 2007

<sup>13</sup> La consultation CSC pour les cardiologues est une exception (il s'agit d'une consultation approfondie dont le contenu est défini précisément). Des majorations existent qui ne sont pas toujours corrélées au contenu de l'acte (sauf par exemple certaines majorations de consultations pédiatriques liées à l'âge)

sa durée. Les consultations les plus simples et les plus rapides – qui sont aussi celles qui sont considérées comme pouvant être éventuellement réalisées par un professionnel non médecin – sont au final les plus « rentables » pour les médecins. Ces derniers n'ont donc pas d'incitation financière à confier la réalisation de ces consultations à un autre professionnel.

En revanche, en matière d'actes techniques, les cumuls de cotation sont encadrés et les tarifs sont dégressifs. Dès lors, ne pas faire un acte technique parmi plusieurs lors d'une même consultation ne modifie pas de manière notable le revenu du médecin.

L'analyse des témoignages recueillis dans le cadre de l'enquête lancée par la HAS sur les pratiques actuelles de coopération entre professionnels permet ainsi de distinguer des expériences de coopération liées au développement de nouvelles activités qui se déroulent principalement en ville et des expériences relevant plutôt d'un nouveau partage des rôles entre professionnels de santé sur des activités existantes dans un cadre hospitalier ou au sein de centres de santé (comme par exemple les coopérations entre infirmières et spécialistes ou l'intervention d'ergothérapeute en lien avec les généralistes)<sup>14</sup>. Ce résultat suggère donc que le paiement à l'acte n'incite pas les médecins à transférer une partie de leur activité vers d'autres professionnels (dans la mesure où ils n'obtiennent, dans ce cas, aucune compensation financière) mais peut laisser une place au développement de nouvelles activités. En revanche, à l'hôpital, les témoignages recueillis vont plutôt dans le sens d'une substitution entre professionnels de santé.

---

<sup>14</sup> Les pratiques actuelles de coopération : analyse des témoignages des professionnels de santé, Document de travail HAS, Décembre 2007

Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé en ville s'inscrivent donc dans un contexte économique qui valorise plus naturellement l'exercice individuel. L'équilibre économique pour les professionnels impliqués dans ces coopérations - qui est une condition *a minima* de leur développement – n'est pas assuré de manière automatique, notamment lorsque ces coopérations impliquent un nouveau partage des activités. Si des opportunités existent à mode de rémunération constant, des évolutions peuvent aussi sembler nécessaires. Ainsi, l'expérimentation de coopération entre orthoptiste et ophtalmologue – qui relève de la substitution – a montré que l'équilibre économique n'est atteint que pour les médecins exerçant en secteur 2<sup>15</sup>. De même, dans le cadre de l'expérience Asalée –qui relève d'une diversification de l'activité – le salaire de l'infirmière n'est pas compensé par une augmentation de l'activité des médecins.

A l'hôpital, le contexte économique peut s'appréhender à deux niveaux : celui de l'établissement avec la tarification à l'activité et celui des professionnels de santé salariés rémunérés en fonction de « grilles » dans les établissements publics.

À court terme, la méthodologie de fixation actuelle des tarifs hospitaliers - à l'exception des activités pour lesquelles sont définis des coûts standards normés<sup>16</sup> ou pour lesquelles l'entité de base de facturation (GHS, forfait) est homogène médicalement (ex : dialyse, chimiothérapie) – ne permet pas de tenir compte de la structure des personnels et de son évolution. D'une part, les coûts pris en compte pour le calcul des tarifs sont ceux des années n-3 et n-2, et ne permettent donc pas d'aménagement rapide en fonction de la répartition des tâches entre professionnels et, d'autre part, les tarifs (et surtout leur évolution) ne reposent qu'en partie sur les coûts observés. La tarification à l'activité ne permet donc pas d'observer la répartition des rôles entre professionnels ; le corollaire est qu'elle permet aux établissements d'enregistrer des gains de productivité liés à cette répartition des rôles.

---

<sup>15</sup> L'augmentation d'activité de 30 % liée à la coopération permet, dans ce cadre, de rémunérer l'orthoptiste.

<sup>16</sup> C'est-à-dire pour lesquelles il existe des normes de fonctionnement précisant les modalités d'intervention et les obligations de présence des différents professionnels, notamment les médecins. C'est, par exemple, le cas pour les SMUR où un médecin, une infirmière et un ambulancier doivent être présents 24h/24. A partir de ces normes, il est possible de calculer un « coût standard normé » : par exemple pour un SMUR, la norme conduit à un montant de fonctionnement minimal de l'ordre de 1 million d'euro

Par ailleurs, les conditions de rémunération des professionnels paramédicaux à l'hôpital public obéissent aux règles de la fonction publique hospitalière. Les rémunérations s'inscrivent ainsi dans le cadre de « grilles » qui ne permettent que peu d'évolution pour les personnels paramédicaux dans le domaine des soins. Les principales opportunités de carrière pour les infirmières se situent dans l'encadrement des équipes soignantes ou encore sur quelques spécialités précises (infirmières de bloc opératoire, infirmières anesthésistes ou infirmières puéricultrices).

## **II LE DÉVELOPPEMENT DES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION DANS UN CADRE AMENAGÉ : OPPORTUNITÉS ET FREINS**

Dès 2003, les travaux du Pr Berland mettaient l'accent sur « l'urgence » d'une reconnaissance des nouvelles formes de coopération. Cette urgence peut se penser à plusieurs niveaux :

- un certain nombre de professionnels ont des pratiques qui ne sont pas compatibles avec les textes réglementaires mais qui apportent vraisemblablement une amélioration de la qualité des soins proposés aux patients dans des conditions de sécurité satisfaisantes<sup>17</sup> : il est donc nécessaire de leur proposer un cadre réglementaire adapté ;
- une politique ambitieuse de développement des nouvelles formes de coopérations demande des évolutions législatives et réglementaires ainsi qu'une modification de l'offre de formation proposée aux professionnels de santé non médecins qui impliquent un engagement à long terme. Cet engagement, pour être soutenu, doit s'appuyer sur de premières avancées.

Les enseignements des expériences internationales et les expérimentations françaises, passées et en cours, permettent d'identifier certaines activités habituellement réalisées par des médecins qui peuvent être confiées à des professionnels non médecins sans risques en termes de qualité et de sécurité comme la réalisation d'actes techniques par des infirmières dans les hôpitaux de jour, la transmission d'informations aux patients, les vaccinations ou encore le suivi des malades chroniques stabilisés. Ces éléments permettent donc d'envisager des modalités de développement des nouvelles formes de coopération rapidement opérationnelles.

Il s'agit d'une étape qui marque la volonté de développer les nouveaux modes de coopération entre professions dans la prise en charge des patients et qui permet d'entretenir la motivation des professionnels de santé qui se sont investis dans ces réflexions. Cependant, un développement plus ambitieux de ces nouvelles formes de coopération à la hauteur des enjeux liés à la prise en charge des patients et à la réponse aux besoins de la population se heurte à des freins qu'il convient de recenser.

---

<sup>17</sup> L'évaluation quantitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé, document de travail HAS, à paraître

## **II.1 Des activités identifiées qui peuvent donner lieu à une nouvelle répartition des tâches**

Les pratiques actuelles de coopérations entre professionnels de santé correspondent à des dispositifs et arrangements divers. Grâce à une analyse activité par activité, il est possible d'identifier des domaines pour lesquels une nouvelle répartition des tâches peut être envisagée dans le cadre de l'organisation actuelle des soins.

### **II.1.1 Les enseignements des expériences internationales**

\*\*\*\*\*

**Résumé** De nombreux pays se sont engagés dans des réflexions sur le partage des activités entre professionnels de santé à la fois en ce qui concerne les soins primaires (en particulier le Royaume-Uni et le Québec) et les soins spécialisés (néphrologie, chirurgie, sédation, cardiologie).

\*\*\*\*\*

Parmi les pays de l'OCDE, le Royaume-Uni, les États-Unis et le Canada semblent être les trois pays les plus avancés dans le domaine des coopérations entre professionnels de santé, mais le tableau ci-dessous souligne l'intérêt qui semble se généraliser pour cette question, avec des expérimentations en cours (Pays-Bas) ou annoncées (Allemagne), voire un début de mise en œuvre (Irlande, Australie<sup>18</sup>).

---

<sup>18</sup>cf. Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Note de synthèse du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum, Décembre 2007

**Les nouvelles formes de coopérations mises en œuvre durant les cinq dernières années**

	<b>Substitution entre médecin et infirmière</b>	<b>Substitution entre spécialistes et généralistes</b>	<b>Autres types de substitution</b>
Australie	En cours de développement <i>Prescription infirmière limitée</i>		
Canada	Oui dans certaines provinces <i>Prescription infirmière limitée</i>	Limitée	Substitution entre infirmières qualifiées et autre personnel non qualifié
Royaume-Uni	Consultation infirmière Support téléphonique <i>Prescription infirmière limitée</i>	Expérimentation d'une prise en charge du diabète par des généralistes	Substitution entre infirmières qualifiées et autre personnel non qualifié
Allemagne	Projet « Mettre l'accent sur la coopération interdisciplinaire » <i>Pas de prescription infirmière</i>		
Irlande	En cours de développement		
Pays-Bas	Expérimentations en cours <i>Pas de prescription infirmière</i>	Expérimentations en cours	Substitution entre infirmières qualifiées et autre personnel non qualifié Ophtalmologistes/opticiens Gynécologues/sages femmes
Suède	Dans certains domaines spécifiques <i>Prescription infirmière limitée</i>	Anesthésie, diabète, asthme	
États-Unis	Oui dans certains États <i>Prescription infirmière limitée</i>		

*D'après (Buchan 2004)*

Quelques expériences phares illustrent, de façon particulièrement intéressante, le contenu des coopérations possibles dans le champ des soins primaires.

On peut, par exemple, citer la création, en 2000, des Groupes de médecine de famille au Québec, au sein desquels sont associés des infirmières aux compétences étendues (prévention, promotion, dépistage, gestion de cas, suivi systématique des clientèles vulnérables, etc.) et une dizaine de médecins. Ces groupes offrent une gamme de services médicaux de première ligne, 24h/24 et sept jours sur sept. Ils ont été créés pour améliorer l'accessibilité aux soins et pour promouvoir la prise en charge globale des patients et la continuité des soins. Le Québec s'est également engagé dans un processus visant à créer la spécialité d'infirmière praticienne, autorisée diagnostiquer et prescrire dans le domaine de la néonatalogie, la cardiologie et la néphrologie.

Au Royaume-Uni, si la place des infirmières dans le champ des soins primaires est ancienne, en particulier en ce qui concerne les soins à domicile, les champs d'intervention des différents professionnels se sont modifiés depuis le début des années quatre-vingt-dix. D'une part, les réformes dans l'organisation des soins primaires se sont traduites par un effort pour inciter infirmières et médecins à travailler en collaboration, avec la mise en place, pour ces derniers, d'incitations (financières) à recruter des infirmières. Elles assurent ainsi, au sein des cabinets de médecins généralistes, des consultations de premier recours pour des problèmes mineurs, le suivi des malades chroniques stabilisés ou le développement de l'éducation et de la promotion de la santé. Il existe également des centres d'information, d'orientation et de promotion de la santé gérés de manière autonome par des infirmières (NHS Walk in Centers et NHS Direct) qui, bien que renforçant leur rôle, n'impliquent pas de collaborations institutionnalisées avec les médecins.

Au-delà de ces expériences qui renvoient plus particulièrement au rôle des infirmières dans le champ des soins primaires, l'étude des missions de quelques professions met en évidence des marges de développement des nouvelles formes de coopération<sup>19</sup>.

Par exemple, dans le domaine de l'imagerie, la réalisation des examens d'échographie est assurée par des manipulateurs – sous la responsabilité d'un médecin radiologue – dans de nombreux pays : Royaume-Uni, Pays-Bas, Norvège, Finlande, États-Unis ou Canada.

De même, les endoscopies digestives peuvent être réalisées par des infirmiers préalablement formés, comme c'est le cas aux États-Unis et au Royaume-Uni.

---

<sup>19</sup> « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », Yvon Berland, 2003, <http://www.sante.gouv.fr/ondps/>

Certains types de coopération qui ont pu être mises en place peuvent toutefois apparaître moins consensuelles : c'est en particulier le cas concernant l'intervention d'infirmières spécialisées en hémodialyse aux Etats-Unis.

## II.1.2 Les enseignements des expérimentations

\*\*\*\*\*

**Résumé :** En décembre 2003, des expérimentations ont été lancées sur les évolutions possibles des contours des métiers de la santé et sur les nouvelles formes de coopération entre la profession médicale et les autres professions de santé. Les évaluations réalisées par la HAS et l'ONDPS montrent que ces expérimentations n'ont pas soulevé de problèmes importants en termes de qualité et de sécurité des soins. Elles concluent aussi qu'il convient de distinguer les nouvelles formes de coopération en fonction de l'activité concernée.

\*\*\*\*\*

Entre décembre 2003 et octobre 2007, seize expérimentations visant à apporter des éléments de réflexion détaillés sur les évolutions possibles des contours des métiers de la santé et sur les modalités de redéfinition de ces contours ont été menées en France (cf. encadré 3). Ces expérimentations (qui se sont déroulées en deux vagues successives) se sont inscrites dans des démarches volontaires devant déboucher sur des résultats évaluables portant notamment sur l'efficacité et la sécurité des soins dispensés.

### Encadré 3 : Les expérimentations

La première vague d'expérimentation comprenait les projets suivants :

- infirmière experte en hémodialyse ;
- suivi de patients traités pour une hépatite chronique C par une infirmière experte ;
- coopération entre manipulateur en électroradiologie et médecins radiothérapeutes ;
- collaboration ophtalmologiste/orthoptiste en cabinet de ville ;
- coopération entre médecins spécialistes et diététiciens pour le traitement des diabètes de type 2.

La deuxième vague comprenait les expérimentations suivantes :

- des expérimentations qui concernent des « actes techniques » n'impliquant pas de décision diagnostique ou thérapeutique de la part du professionnel non médical : collaboration entre radiologue et manipulateur d'électroradiologie médicale, entre médecin et infirmière pour la réalisation d'explorations fonctionnelles digestives.
- des expérimentations portant sur un « segment de prise en charge » qui peut inclure des décisions diagnostiques ou thérapeutiques avec l'analyse de l'état de santé du malade, l'identification d'un problème et l'élaboration d'une solution pour le résoudre (prescription d'examens complémentaires ou décision thérapeutique). : collaboration entre médecins et infirmières dans le cadre du suivi de malades chroniques (insuffisance rénale, diabète de type 2 et hépatite C plus précisément) ou dans le cadre de la prise de charge de patients traités dans des services d'oncologie.
- une expérimentation spécifique concernant l'intervention d'une infirmière dans le cadre de l'entretien précédant le don de sang mise en place par l'Établissement Français du Sang. (EFS).

Les résultats de cette première vague ont été publiés en juin 2006<sup>20</sup> et montrent, en premier lieu, que la réalisation d'actes médicaux par des professionnels paramédicaux *préalablement formés* est faisable dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour les patients.

Au-delà de ce premier constat essentiel, l'évaluation de ces expérimentations montre que les projets impliquant une prise de décision des professionnels paramédicaux doivent être construits dans le cadre d'un processus dynamique mettant en avant le *contexte organisationnel*. Il apparaît aussi que le contexte organisationnel doit être apprécié de manière extensive et, notamment, comprendre les caractéristiques « physiques » de l'organisation : architecture ou mobilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication...

Enfin, l'évaluation de ces premières expérimentations confirme le caractère nécessairement progressif et limité du développement de nouveaux métiers. Cela signifie que les évolutions possibles des métiers paramédicaux ne concerneront qu'une faible partie des professionnels paramédicaux. Par exemple, le métier d'infirmière experte en hémodialyse ne devrait concerner qu'un pourcentage minime des infirmières aujourd'hui impliquées en dialyse.

L'évaluation des expérimentations « deuxième vague » confirme ces enseignements<sup>21</sup>. Ainsi, il a été possible de modifier la répartition des tâches entre médecins et professionnels paramédicaux dans des conditions satisfaisantes de qualité et de sécurité pour les patients. Les résultats quantitatifs, qui permettaient notamment de décrire la « concordance » entre les résultats enregistrés ou les décisions prises par le professionnel paramédical et le médecin, sont ainsi globalement positifs. Toutefois, ils restent difficiles à interpréter et le contexte dans lequel s'est déroulée l'activité constitue, dans la plupart des cas, un élément de sécurisation important.

Par ailleurs, lors des expérimentations, le besoin de formation des professionnels paramédicaux est apparu nettement, à la fois au niveau théorique et au niveau pratique. Construites le plus souvent au sein des équipes qui ont participé aux expérimentations, les formations qui ont été mises en place restent singulières. On peut, tout de même, noter que

---

<sup>20</sup> Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé », Yvon Berland et Yann Bourgueil, juin 2006, <http://www.sante.gouv.fr/ondps>

<sup>21</sup> Sur treize expérimentations initialement prévues, douze ont pu être mises en place, chacune pouvant concerner jusqu'à 500 patients - cf L'évaluation quantitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé, document de travail HAS, à paraître

certaines équipes ont permis aux paramédicaux de suivre des formations dans le cadre des diplômes d'université (par exemple DU « assistante en pathologie prostatique »)<sup>22</sup>.

En ce qui concerne les patients, l'acceptabilité de ces nouvelles organisations, mesurée par le nombre de patients ayant accepté l'intervention du professionnel paramédical en lieu et place du médecin, semble très bonne dans le cadre hospitalier (un seul refus).

Enfin, les résultats des évaluations qualitatives amènent à distinguer deux dimensions principales ayant des conséquences sur la mise en œuvre concrète des coopérations<sup>23</sup> (cf. figure 1)<sup>24</sup> :

- une première qui renvoie au type d'activités concernées, avec des expérimentations distribuées le long d'un axe allant du « technique » à la « prise en charge coordonnée des patients » ;
- une seconde qui définit le « cadre d'analyse pertinent » c'est-à-dire l'ensemble des facteurs qui vont avoir une influence déterminante ou majeure dans la mise en œuvre de l'expérimentation. Ainsi, certaines expérimentations reposent sur des « compétences spécifiques » (les facteurs de succès étant alors liés au niveau de compétence et aux conditions requises pour être autorisé à « faire ») alors que d'autres font plutôt appel à la « compétence collective » (les modalités et les conditions de distribution et de complémentarité des rôles et des fonctions au sein d'une équipe soignante pluri professionnelle).

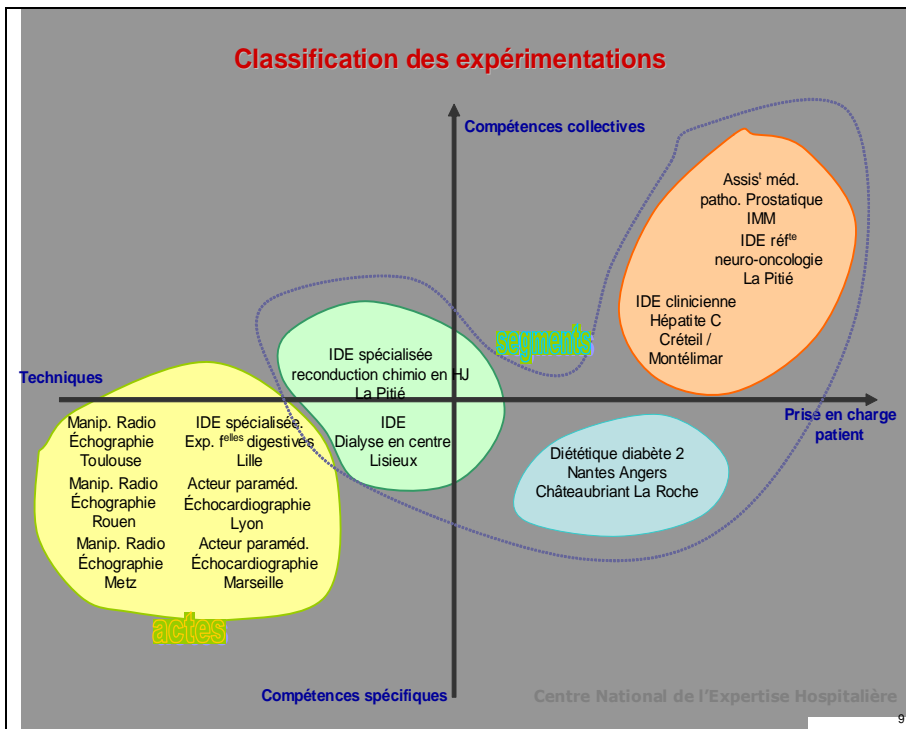
---

<sup>22</sup> cf. L'évaluation quantitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé, document de travail HAS, à paraître

<sup>23</sup> La question de la mise en œuvre concrète des coopérations est abordée dans le chapitre IV

<sup>24</sup> cf. L'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé, document de travail HAS-CNEH, à paraître

Fig.1 Classification des expérimentations



En conclusion, il apparaît que les expérimentations, les expériences internationales et les nombreuses réponses à l'enquête sur les pratiques de coopération entre professionnels de santé lancée par la HAS permettent d'identifier un certain nombre d'activités, potentiellement concernées (cf. tableau 1).

Tableau 1 : les activités pouvant donner lieu à de nouvelles formes de coopération

Activités identifiées	Professionnels concernés	Lieu des coopérations
à partir des expérimentations françaises		
suivi de malades atteints d'insuffisance rénale	Infirmière	Établissement hospitalier
suivi de patients traités pour une hépatite chronique C	Infirmière	Établissement hospitalier
suivi des troubles de la vision	orthoptiste	Soins primaires
suivi des diabètes de type 2	diététicien	Établissement hospitalier
suivi des diabètes de type 2	infirmière	Soins primaires
réalisation d'échographies	manipulateur en radiologie	Établissement hospitalier
réalisation d'échocardiographies	manipulateur en radiologie/ infirmière	Établissement hospitalier
réalisation d'explorations fonctionnelles digestives	Infirmière	Établissement hospitalier
Prise en charge de patients traités dans des services d'oncologie	Infirmière	Établissement hospitalier
réalisation d'entretien pré-don de sang	Infirmière	Établissement Français du Sang
à partir des expériences internationales		
intervention étendue (diagnostic et prescription) en néonatalogie	Infirmière en « pratique avancée »	Établissement hospitalier Québec
intervention étendue (diagnostic et prescription) en cardiologie	Infirmière en « pratique avancée »	Établissement hospitalier Québec
intervention étendue (diagnostic et prescription) en néphrologie	Infirmière en « pratique avancée »	Établissement hospitalier Québec
réalisation d'échographies	manipulateur en radiologie	Royaume-Uni, Pays-Bas, Norvège, etc.
réalisation d'endoscopies digestives	Infirmière	Établissement hospitalier Royaume-Uni, Etats-Unis
prévention, promotion de la santé et dépistage	Infirmière	Soins primaires Québec, Royaume-Uni
consultation de premier recours pour des problèmes mineurs	Infirmière	Soins primaires Royaume-Uni
suivi des malades chroniques stabilisés	Infirmière	Soins primaires Royaume-Uni
Information et orientation	Infirmière	Soins primaires Royaume-Uni

## II.2 Des aménagements du cadre d'exercice liés au type de coopérations

L'évolution des rôles des différentes professions de santé est essentielle afin de préserver la qualité des soins dans un environnement qui évolue rapidement. Elle est aussi fragile, parfois à la limite de la légalité, sans reconnaissance officielle, portée par des professionnels motivés qui s'investissent largement au-delà des missions qui leur incombent.

Les professionnels de santé en France qui se sont lancés dans les expérimentations ou qui sont porteurs de solutions et d'organisations innovantes doivent dès à présent être assurés d'un relais, fut-il partiel, des différentes institutions du monde de la santé. Le risque d'essoufflement de ces initiatives est réel : la mise en place de nouvelles formes de coopération implique un apprentissage commun des professionnels impliqués, des formations pour les professionnels paramédicaux auxquels on confie de nouvelles tâches... Si cet investissement ne trouve pas de traduction concrète, il est à craindre que ces professionnels se sentent découragés (cf. encadré 4). Il importe également que des directions soient clairement annoncées afin que les acteurs professionnels ne s'engagent pas d'emblée dans des projets voués à l'échec.

En tirant parti des opportunités offertes par le cadre réglementaire et économique actuel de la formation et de l'exercice des professions de santé, il apparaît qu'un certain nombre de mesures peuvent accompagner cette dynamique. Il convient pour cela de distinguer deux grands types de coopérations : celles liées à la réalisation d'actes bien identifiés et pouvant être décrits précisément dans le cadre de protocoles et celles ressortissant à une évolution des modalités de prise en charge comme, par exemple, les coopérations dans la prise en charge des malades chroniques<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Cette distinction est toutefois schématique : les principales conclusions des travaux menés sur les coopérations montrent qu'elles se situent le plus souvent sur un continuum allant de l'acte technique à la transformation des modalités de prise en charge.

#### **Encadré 4 : Le cas particulier des professionnels ayant participé aux expérimentations sur les nouvelles formes de coopération**

Les professionnels ayant participé aux expérimentations devraient pouvoir disposer d'autorisations dérogatoires très rapidement dans le cadre d'organisation évaluées et jugées satisfaisantes par l'ONDPS pour les expérimentations « vague 1 » ou par la HAS pour les expérimentations « vague 2 ».

En effet, les entretiens menés auprès des équipes ayant participé à ces expérimentations mettent en évidence leur investissement majeur. La mise en place de protocoles partagés entre les médecins et les professionnels paramédicaux, la formation, parfois relativement longue, de ces derniers, le sentiment d'avoir franchi une première étape de montée en charge nourrissent la volonté de la plupart de ces équipes de pérenniser cette nouvelle organisation au-delà des expérimentations. Il s'agit donc de s'appuyer sur les évaluations menées par l'ONDPS et la HAS pour permettre à ces professionnels, s'ils le désirent, d'inscrire cette organisation dans leurs pratiques courantes, non pas dans un cadre expérimental mais dans un cadre dérogatoire.

#### **II.2.1 La réalisation d'actes précis : une adaptation nécessaire du cadre juridique**

La réalisation d'actes précis qui ne sont pas aujourd'hui listés dans les décrets d'actes - ces actes pouvant, en particulier, être ceux évalués dans le cadre des expérimentations - par des professionnels non médecins peut, dans une certaine mesure, se développer sans bouleversement de l'organisation juridique, économique ou de l'offre de formation.

Ainsi qu'il a été rappelé dans la première partie deux modèles d'organisation des professions de santé peuvent être distingués : celui d'une « organisation par les actes » qui s'applique aux auxiliaires médicaux et celui d'une « organisation par les missions » qui concerne les professions médicales. Sans modifier cette architecture juridique, il est possible de faire évoluer les décrets d'actes, profession par profession, lorsque cela semble pertinent et à condition que les professionnels soient formés pour prendre en charge les nouveaux actes.

En particulier, dans le modèle actuel de définition de la profession infirmière, ces évolutions des actes « autorisés » peuvent être rapprochées du contexte dans lequel se développe l'activité, avec des actes effectués sur prescription médicale, à proximité immédiate d'un médecin pouvant intervenir à tout moment ou bien dans le cadre du rôle propre<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> cf. paragraphe I.2

Il s'agit donc d'un aménagement du cadre juridique actuel des professions paramédicales qui ne modifie pas la logique qui sous-tend ce cadre. Cependant, il convient de souligner que ces modifications ont nécessairement un caractère législatif<sup>27</sup>.

Par ailleurs, la question de la formation des professionnels à la réalisation de ces nouveaux actes constitue le corollaire de cette évolution des décrets d'actes. Le développement d'une offre importante de formation accessible aux paramédicaux constitue une opportunité intéressante. Ainsi, dans les seules universités de la région parisienne, 149 DU (diplôme d'université) et DIU (diplôme interuniversitaire) accessibles aux infirmières ont pu être recensés<sup>28</sup>. Bien que ces diplômes soient relativement hétérogènes, avec des volumes horaires de formation compris entre 70 et 150 heures et des contenus allant de la réalisation d'actes précis (en dialyse par exemple) à des réflexions plus générales (éthique par exemple), ils constituent une voie d'accès pour les professionnels paramédicaux à un plus haut niveau de connaissance et d'expertise.

À côté de ces formations, la réalisation de certains actes peut être intégrée dans des « parcours professionnels ». Depuis la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, il est en effet possible d'obtenir un diplôme par la voie de l'expérience avec la VAE (validation des acquis de l'expérience). Cette option ne reconnaît que l'expérience professionnelle « officielle » et ne peut donc pas s'appliquer à des actes qui ne relèvent pas du champ d'intervention des professionnels paramédicaux<sup>29</sup>. En revanche la VAE pourrait certainement permettre de valider un certain nombre de compétences techniques entourant la réalisation d'un acte donné qu'un professionnel expérimenté maîtrise même s'il n'est pas autorisé à pratiquer l'acte lui-même (par exemple accueil et information du patient, installation et vérification du matériel, etc.).

Enfin, les règles de rémunération des professionnels et celles du financement des établissements de santé peuvent aussi offrir des opportunités de développement pour certains actes bien identifiés.

---

<sup>27</sup> La loi faisant référence aux décrets d'actes ceux-ci ont valeur de loi et ne peuvent être amendés que dans le cadre d'une procédure législative et non dans un cadre réglementaire comme les décrets habituels.

<sup>28</sup> La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner, Rapport du groupe de travail présidé par Yvon Berland, Décembre 2007

<sup>29</sup> La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner, Rapport du groupe de travail présidé par Yvon Berland, Décembre 2007

Ainsi, en ville, les actes qui peuvent être inclus dans des protocoles précis peuvent donner lieu à une prise en charge à travers la nomenclature des actes libéraux sans difficultés majeures.

Pour certains actes cliniques simples, cette nomenclature devrait être adaptée afin que les médecins soient incités à confier la réalisation de ces actes et que les autres professionnels y trouvent aussi un intérêt financier. Concrètement, cela signifie l'établissement d'un nouveau tarif, inférieur à celui de l'acte ou de la consultation médicale correspondant mais supérieur à celui des actes habituellement pratiqués par les paramédicaux.

Pour les actes techniques, les modalités actuelles de tarification, qui comprennent des règles non-cumul ou de cotation dégressive lors d'une même consultation, peuvent inciter les médecins à confier certains des actes aujourd'hui réalisés lors d'une même consultation, et de fait moins valorisés, à d'autres professionnels. Si cela ne semble pas modifier de manière importante l'équilibre économique pour les médecins, l'éclatement entre plusieurs professionnels d'une rémunération aujourd'hui partiellement forfaitisée implique sans doute la fixation de tarifs « intermédiaires » et de règles de bonne pratique.

En particulier, ces règles de bonne pratique doivent concerner les modalités d'accès aux professionnels paramédicaux. Il semble aujourd'hui peu réaliste de concevoir l'intervention de ces professionnels en dehors d'une prise en charge médicale avec une orientation par le médecin vers les autres professionnels<sup>30</sup>.

A l'hôpital, le contexte de la tarification à l'activité incite à une plus grande intervention des professionnels paramédicaux par rapport aux médecins dans la mesure où le différentiel de salaire peut permettre aux établissements qui y aurait recours de réaliser des économies en termes de salaires.

En conclusion, il apparaît que la réalisation d'actes techniques bien identifiés qui ne relèvent pas aujourd'hui du champ d'intervention des professionnels paramédicaux peut être confiée à ces professionnels sous réserve de le prévoir dans le cadre des décrets d'actes, d'organiser une formation leur permettant d'acquérir les compétences techniques nécessaires et de se prémunir contre le risque d'une multiplication de ces actes.

---

<sup>30</sup> Ce principe n'a toutefois pas été totalement retenu en ce qui concerne l'autorisation donnée aux opticiens de renouveler des lunettes dès lors que les patients disposent d'une ordonnance de moins de trois ans.

## **II.2.2 Le développement des coopérations dans le cadre de prises en charges spécifiques : des aménagements avant tout économiques**

Certaines expériences de coopération entre professionnels de santé ne semblent pas poser de problèmes majeurs dans le cadre juridique actuel. En effet, les infirmiers se voient reconnaître la possibilité de faire 109 actes, dont un certain nombre lié à leur rôle propre (et donc pour lesquels ils bénéficient d'une plus grande autonomie) ou au contexte organisationnel (la présence d'un médecin immédiatement mobilisable leur permettant d'effectuer certains types d'actes). Parmi ces actes, il convient de noter que l'on retrouve la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé

A ce titre l'expérimentation « Asalée » met en évidence des perspectives de développement des nouvelles formes de coopération dans une logique de diversification de l'activité. Des infirmières ont pu être associées au suivi de patients diabétiques de type 2 dans le cadre de cabinets de médecine générale. Cette activité, au final largement compatible avec les textes régissant le champ d'intervention des infirmières, semble conduire à une nette amélioration de la prise en charge des patients diabétiques avec une amélioration du respect des protocoles de prises en charge à un coût pour l'assurance maladie qui n'est pas supérieur<sup>31</sup>.

Cependant, cette expérimentation montre aussi que ce modèle de développement des nouvelles formes de coopération, fondé sur la diversification de l'activité des médecins, pose des problèmes d'équilibre économique pour les professionnels de santé. En effet, la diversification de l'activité est peu compatible avec le paiement à l'acte des professionnels qui ne permet pas de valoriser une prise en charge globale<sup>32</sup>.

Afin d'encourager le développement de ces nouvelles formes de coopération, il pourrait être envisagé de verser aux médecins des forfaits correspondant à la prise en charge globale de certains patients (comme les malades en ALD ou les patients diabétiques), cette prise en charge prévoyant explicitement l'intervention d'autres professionnels de santé (consultations infirmières de suivi ou d'éducation thérapeutique, prévention...). Dans ce cadre, le partage du forfait entre l'ensemble des professionnels impliqués serait réalisé par les professionnels eux-mêmes sur la base d'un cahier des charges opposable. Ce mécanisme aurait l'avantage de laisser aux professionnels concernés une liberté quant au mode de fonctionnement de leurs

---

<sup>31</sup> cf Une évaluation de l'expérimentation Asalée, Irdes, à paraître

<sup>32</sup> Il convient de souligner que les médecins ayant mis en place l'expérimentation Asalée se sont appuyés sur des fonds provenant du FAQSV afin de financer le salaire de l'infirmière.

coopérations mais requiert, en pratique, une forte coordination (voire l'intégration des acteurs au sein d'un même lieu).

Enfin, en matière de formation, le développement de ce type de coopérations amène probablement à considérer la définition de niveaux de compétence aujourd'hui peu investis, entre les médecins et les professionnels paramédicaux.

### **Conclusion : les limites des stratégies dans un cadre « aménagé »**

Bien que des évolutions soient possibles - et souhaitables – dans un cadre aménagé, leurs conséquences seront nécessairement limitées si des mesures plus structurelles ne sont pas mises en œuvre tant en ce qui concerne la formation des professionnels de santé que le cadre juridique et économique de l'exercice de ces professions. Ces mesures structurelles visent à permettre l'adaptation des organisations des soins aux transformations en cours et à venir en garantissant une meilleure reconnaissance des compétences et responsabilités qui seront à assumer pour les professionnels de santé.

Les analyses menées par les trois groupes d'expertise<sup>33</sup> permettent ainsi de mettre en évidence les principaux freins au développement d'une politique plus ambitieuse de coopération entre professionnels de santé :

- l'absence d'une véritable politique de formation des paramédicaux reposant sur des référentiels métiers et compétences construit à partir d'une analyse de l'évolution des besoins de santé de la population et des ressources humaines dans le secteur de la santé ;
- l'absence de reconnaissance des diplômes éventuels des paramédicaux au-delà de la formation initiale comme autorisation d'exercice ;
- la lourdeur liée à l'exigence de définition légale des actes autorisés aux paramédicaux ;
- des difficultés liées à l'équilibre économique pour les professionnels libéraux payés à l'acte ;
- l'absence de reconnaissance financière pour les personnels paramédicaux de la fonction publique hospitalière impliqués dans les nouvelles formes de coopération dont on

---

<sup>33</sup> cf. « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », Note de synthèse du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum, Décembre 2007, « Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques », Rapport du groupe de travail présidé par Claude Evin, Décembre 2007, « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », Rapport du groupe de travail présidé par Yvon Berland, Décembre 2007

augmente, toutefois, le niveau de responsabilité. En effet, si l'établissement peut trouver un intérêt à cette modification, les professionnels de santé n'y ont, pour leur part, aucun avantage dès lors que leur rémunération est avant tout liée à leur diplôme et à leur ancienneté.

Ces principaux freins appellent des évolutions de l'architecture et de l'organisation du système de santé. A ce titre, il apparaît peu réaliste de considérer qu'ils pourront être levés par un simple aménagement du cadre d'exercice. Il semble donc nécessaire de penser un cadre renouvelé, tant au niveau de la formation des professions de santé qu'à celui de leurs conditions, économiques et juridiques, d'exercice.

### **III UN CADRE RÉNOVÉ POUR RENFORCER LES COOPÉRATIONS**

Un développement plus ambitieux des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé suppose des modifications conséquentes du cadre d'exercice et de formation. En effet, les freins mis en évidence dans la section précédente rendent peu probable (voire impossible) ce développement au-delà de quelques domaines spécifiques bien identifiés. Or, ce qui se joue dans le développement des nouvelles formes de coopération, c'est aussi la capacité du système de santé et des professionnels concourant à la prise en charge des patients à s'adapter à un environnement médical, social, économique et culturel en mutation. Cette capacité résulte notamment de l'équilibre entre un cadre institutionnel garantissant le respect de principes essentiels et l'existence de marges de manœuvre dans l'exercice des professions de santé.

Ce chapitre propose trois grands types d'évolution qui, au terme des travaux menés par les groupes d'expertise mobilisés par la HAS, apparaissent nécessaires pour renforcer les coopérations entre professionnels de santé : développer l'offre de formation, notamment vers des niveaux de qualification intermédiaires ; repenser la logique juridique de définition des professions de santé selon un modèle mixte ; adapter les modalités de financement et de rémunération à la nature de la prise en charge. Ces évolutions sont nécessaires mais ne suffisent pas à garantir le développement optimal de ces coopérations.

### III.1 Renforcer l'offre de formation pour les professionnels paramédicaux

\*\*\*\*\*

**Résumé** La réflexion sur les modifications à apporter dans les programmes actuels de formations ou la mise en place de nouvelles formations devra être menée dans le cadre d'une large concertation qui doit déboucher sur la définition de référentiels de formation construits à partir des référentiels d'activités et de compétences. Il s'agit, en particulier, de développer une offre de formation correspondant à un niveau de qualification intermédiaire (entre les diplômes actuels des professionnels paramédicaux et les diplômes médicaux).

\*\*\*\*\*

#### III.1.1 Associer les professionnels de santé à la construction des référentiels métiers et compétences

La construction de *référentiels métiers et compétences* constitue un préalable à l'évolution des formations proposées aux professionnels de santé. Deux méthodes de construction doivent être distinguées selon que ces référentiels métiers s'appliquent à des métiers existants ou non.

Pour ce qui concerne les métiers existants, la définition des référentiels métiers et compétences doit être conduite en deux temps :

- premièrement, à partir de l'analyse des situations de travail dans lesquelles sont impliqués les professionnels, les activités sont regroupées en grands domaines d'activités cohérents qui correspondent aux interventions majeures des professionnels ;
- deuxièmement, les « savoir-faire » nécessaires pour assumer ces activités sont identifiés et regroupés en « compétences » attribuées à chacun des métiers et correspondant aux exigences attendues par les titulaires des diplômes.

Pour les *nouveaux métiers*, les réflexions sont nécessairement plus longues dans la mesure où elles impliquent une étape préalable de définition. Il s'agit alors de construire un cadre d'élaboration de ces nouveaux métiers valable pour l'ensemble des professions, validé, le cas échéant, par leurs représentants. Les travaux déjà réalisés par les observatoires des métiers de la santé conduisent à lier la reconnaissance des nouveaux métiers à celle de compétences relevant d'un niveau master. L'élaboration des nouveaux métiers doit tenir compte de l'évolution des besoins dans les domaines de la santé et du social et de la gestion

prévisionnelle des emplois et des compétences<sup>34</sup>. Elle doit aussi chercher à rendre visible le mode d'organisation des différents métiers, leurs liens, leur complémentarité. Tous les métiers doivent être introduits dans le « répertoire national des certifications professionnelles ». L'appellation des nouveaux métiers devra être suffisamment claire pour que ceux-ci se distinguent des métiers existants.

### **III.1.2 Définir les niveaux de compétences sur une échelle de formation à trois niveaux et construire des référentiels de formation**

L'élaboration cohérente, structurée et homogène de référentiels doit mettre en évidence des savoir-faire ou des connaissances partagées ou spécifiques par métiers. Ceci devrait faciliter la mise en place de contenus de formation pour partie communs et surtout des passerelles devenues nécessaires entre les métiers.

Cette démarche permet de rendre visible l'existence de niveaux de maîtrise différents, à partir de compétences de nature identique. Elle permet aussi d'établir un lien avec d'autres évolutions en cours : évaluation des pratiques professionnelles, gestion prévisionnelle des emplois et compétences, et aussi mise en place de plans de formation et de progression dans les carrières professionnelles.

Elaborer des critères de différenciation pour les « savoir-faire » décrivant les compétences permet d'en distinguer la complexité jusqu'au moment où se dessine un nouveau faisceau de savoir-faire ou une nouvelle compétence établissant un « nouveau métier » et réclamant une nouvelle formation.

La HAS recommande que la structure des cursus de formation des professionnels paramédicaux soit adaptée aux trois niveaux de compétences mis en évidence dans la pratique de ces professionnels par les travaux prospectifs de l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière (ONEMPF) à savoir : les compétences acquises dans le cadre de la formation initiale, les compétences spécifiques acquises soit dans le cadre d'une pratique professionnelle soit dans le cadre de formations

---

<sup>34</sup> Le cadre, national, d'élaboration des nouveaux métiers doit, notamment, s'appuyer sur les travaux déjà réalisés par les observatoires (ONEMFPH, ONDPS...), les employeurs (FHF, FEHAP, FNCLCC...), les organismes spécifiques (INCA, INPES...). Il devra être proposé par un groupe expert comprenant des représentants des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur, de l'ONDPS, des ordres et, éventuellement, de la HAS..

courtes de type Diplôme d'université (DU)<sup>35</sup>, et, enfin, les compétences étendues de niveau master.

Le premier niveau regroupe les compétences communes et nécessaires à une bonne pratique du métier « de base ». Elles sont acquises dans le cadre de la formation initiale des professionnels paramédicaux. Au cours des expérimentations, il est apparu que certains actes médicaux pouvaient être ajoutés dans la liste des actes réalisés par ces professionnels sans que cela ne change la nature du métier (par exemple, la manométrie digestive chez les infirmiers). Il s'agira alors de vérifier que les connaissances et les savoir-faire correspondants seront bien ajoutés aux contenus de la formation de base.

Le deuxième niveau couvre des compétences, savoir-faire et connaissances, qui constituent un approfondissement dans un domaine particulier (exemple : infirmière en soins spécialisés dans le domaine de l'hémodialyse). L'acquisition et la pratique de ces compétences ne changent pas fondamentalement la nature du métier mais nécessitent une formation spécifique, structurée et évaluée, donnant lieu à une certification, et relativement courte. Cette formation peut correspondre à un diplôme d'université, mais peut aussi être validée dans le cadre de la VAE. De nature technique, cette formation doit permettre de valider un niveau satisfaisant de connaissances à la fois sur les plans théoriques (anatomie, physiologie par exemple) et pratique (réalisation de l'acte). Il faudra, en outre, prévoir un dispositif permettant de s'assurer que les titulaires d'un diplôme donné seront en mesure de réaliser l'acte qui y est associé.

Le troisième niveau correspond à une formation longue donnant lieu à un diplôme de *niveau master*. Les compétences à acquérir sont de nature si différentes qu'elles forment un nouveau métier (préalablement défini avec un référentiel métier idoine). En particulier la formation spécifique, théorique et pratique doit couvrir à la fois des dimensions techniques, médicales, organisationnelles (pour une bonne compréhension de l'environnement institutionnel et des processus organisationnels). Les textes officiels devront être modifiés pour permettre aux titulaires de ces diplômes de réaliser certaines activités supplémentaires et mettre en œuvre leurs compétences. Il s'agit de confier aux professionnels des segments de prise en charge pour les patients, au travers de la mise en œuvre de compétences d'évaluation clinique, de diagnostic de situation, de prescription (conseils, éducation, médicaments, examens...) ou de prise de décision concernant l'orientation des patients (par exemple, l'infirmière en suivi de patients atteints de cancer ou le manipulateur d'électroradiologie en dosimétrie)

---

<sup>35</sup> Les « diplômes d'université » (DU) sont cependant très hétérogènes en termes de durée et de contenu ce qui pose la question de la reconnaissance à leur attribuer.

Dans un souci de cohérence, la hiérarchisation en trois niveaux devra prendre en compte les spécialités existantes dans le métier infirmier, ainsi que le métier de cadre de santé, qui seront alors repositionnés soit en première année, soit en deuxième année de master.

L'ouverture vers des formations de niveau master pour les professions paramédicales pourrait, par ailleurs, structurer de véritables filières développant la recherche en soins, et fournissant des corps d'enseignants (avec à moyen/long terme le développement de masters de recherche et de doctorats).

### **III.1.3 Confier la formation à des opérateurs sur la base de référentiels**

La formation des professionnels paramédicaux, tant pour les métiers actuels que pour leur évolution et l'émergence de nouveaux métiers, doit pouvoir être confiée aux opérateurs de formation sur la base des référentiels de formation préalablement établis. Les opérateurs pourraient être les instituts de formation et les universités.

Il est proposé que ces référentiels de formation émanent des référentiels de compétences ci-dessus évoqués. Aucune formation ne pourrait se mettre en place sans l'existence de référentiels de formation construits dans la suite de l'écriture des compétences requises pour l'exercice des métiers.

Ces référentiels, élaborés pour l'ensemble des formations avec la participation des professionnels, constitueraient alors les « cahiers des charges » confiés aux opérateurs de la formation.

Les connaissances seraient choisies comme essentielles, voire incontournables, dans le métier considéré. Ainsi les contenus, y compris pour les master, ne seraient pas uniquement médicaux, mais seraient adaptés aux compétences attendues dans l'ensemble du champ soignant.

Afin de s'inscrire dans la logique des accords européens, le contenu des formations doit permettre la transposition des logiques européennes d'attribution et de transfert des diplômes : les ECTS (système de transfert de crédits européens pour la formation universitaire), et les ECVETS (système européen d'accumulation et de transferts d'unités capitalisables pour

l'enseignement et la formation professionnelle). Le cadre de qualification européen pourrait ainsi être également utilisé.

Enfin, il est nécessaire de prévoir le financement de ces formations qui peuvent soit relever de la formation continue - auquel cas la réglementation actuelle sur la formation continue s'applique<sup>36</sup> - soit être accessibles en formation initiale – le financement étant alors assuré selon le droit commun.

## **III.2 Repenser le cadre juridique de l'exercice des professions de santé**

Dans une perspective de développement des nouvelles formes de coopération, une modification importante du cadre juridique apparaît rapidement nécessaire. En effet, le cadre actuel peut certes être aménagé mais ces aménagements restent toujours ponctuels et ne permettent pas d'accompagner les évolutions de manière souple. Il s'agit donc ici de proposer un cadre juridique rénové reposant sur un modèle mixte de définition des professions. Ce cadre demande un aménagement des règles déontologiques des professions afin de tenir compte du développement éventuel des nouvelles formes de coopération. De même, il peut être nécessaire de prévoir des mécanismes de gestion des risques (et de négociation) afin de limiter d'éventuels surcoûts assurantiels.

### **III.2.1 Définir les professions de santé selon un modèle mixte**

Afin d'adapter le cadre juridique en vue de développer de nouvelles formes de coopérations, il semble nécessaire de sortir du système actuel de définition des professions, organisé autour des décrets d'actes, en privilégiant un système dans lequel les professions seraient définies - à l'instar des professions médicales (médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme) - en fonction de types d'intervention ou de missions, bornées par certains critères.

Une telle évolution fait écho à certains exemples étrangers, notamment en Grande-Bretagne, en Suède, en Allemagne et dans certaines provinces du Canada. Les infirmiers sont dans ces Etats, plus autonomes, en ce qui concerne l'activité diagnostique et la possibilité de prescription. Cette autonomie est autorisée par la définition des professions à partir de leurs missions.

---

<sup>36</sup> Dans le secteur public, l'ANFH devenu « organisme paritaire agréé » (OPCA) devra être sollicitée sur le plan national et par les institutions au travers les plans de formation et pour le secteur privé, toutes les OPCA seront consultés afin de trouver des modalités de partenariats.

La notion de mission est moins limitative que celle d'acte, dans la mesure où elle renvoie à l'idée d'un but à atteindre, tandis que la notion d'« acte » est plus technique.

### ***La définition des professions de santé par leurs missions : l'exemple des sages-femmes***

A ce titre, il peut être intéressant de rappeler plus précisément le cadre juridique de l'intervention des sages-femmes en France. L'exercice de la sage-femme comporte ainsi la pratique des actes « nécessaires » au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, suivant les modalités fixés par le code de déontologie de la profession.

S'il existe une liste de 13 actes pouvant être réalisés par les sages-femmes, celle-ci n'est pas limitative. L'article R. 4127-318 prévoit en effet que « *la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment etc.* »

Une organisation des professions autour des missions, au-delà des seuls actes, est donc possible, comme l'illustre cet exemple. Les sages-femmes disposent d'une importante marge d'initiative, limitée dans le cadre de leur qualification, un médecin ayant l'obligation d'intervenir dès lors que la situation le nécessite. Les modalités d'articulation et de référencement entre professionnels de santé dans le cadre du parcours de soins peuvent faire l'objet de règles professionnelles élaborées conjointement. C'est le cas pour la grossesse, avec la production récente par la HAS d'une recommandation sur le suivi des grossesses et l'orientation en fonction du risque.

Dans ce modèle, l'entrée dans le système de soins n'est théoriquement pas conditionnée par la consultation d'un médecin. Cependant, les conditions d'exercice réel ne traduisent pas cette possibilité puisque, à de rares exceptions près, l'entrée dans le système se fait par l'intermédiaire d'un médecin.

Il convient de souligner que les principes déontologiques occupent une place fondamentale dans cette organisation puisqu'elle confère au professionnel la responsabilité de juger les limites de son intervention, en fonction de ses compétences. Le professionnel de santé se trouve devant un arbitrage. Il doit faire preuve de prudence et reconnaître les limites de sa compétence.

Les fondements éthiques d'une telle régulation représentent un réel avantage en termes d'acceptabilité par les professionnels de santé, qui peuvent parfois préférer assumer les responsabilités qu'entraîne une plus grande autonomie.

Toutefois, un tel cadre n'exclut pas la possibilité de référence aux actes. Si la notion de mission d'intervention est au cœur de l'organisation de la profession de sage-femme, il est toujours fait référence aux actes, selon une distribution renvoyant aux particularités de chaque profession, dans la mesure où ceux-ci font partie intégrante de la logique générale du système de droit français en la matière.

#### ***De la définition par les actes à un modèle mixte : impact sur les textes réglementaires***

Il n'apparaît pas souhaitable de proposer un modèle « pur » de définition des professions. Un modèle mixte, reposant à la fois sur une logique « mission-limites » et sur l'énumération d'actes réalisables dans le cadre d'une coopération entre professionnels de santé, semble, en effet, plus pertinent.

La définition des missions et des limites est susceptible d'être construite en référence à certains actes professionnels particuliers, et notamment en ce qui concerne les limites interventionnelles. De plus, il peut être utile de viser certains actes pour préciser les modalités de coopération entre professionnels, à l'image des rapports entre médecins et sages-femmes.

Il ne s'agit donc pas d'exclure toute référence aux actes mais d'éviter que la référence aux actes constitue la référence exclusive autorisant l'intervention d'un professionnel sur le corps d'un patient.

L'importance des actes dans la définition de ces professions variera selon le degré d'autonomie et selon le contenu de la formation des auxiliaires de santé. Si les métiers d'infirmier et de kinésithérapeute, voire de pédicure podologue, s'adaptent bien au modèle mission-limites, l'activité d'autres professions d'auxiliaires médicaux se concentre plus sur la réalisation de certains actes précis.

De telles évolutions de définition des compétences impliquent certaines modifications des textes législatifs et réglementaires, qui concernent notamment le droit des professions de santé. Ainsi, il apparaît nécessaire de nuancer l'article L.4161-1 du Code de la santé publique, consacré à l'exercice illégal de la médecine, renvoyant à l'arrêté du 6 janvier 1962, qui fixe la liste des actes médicaux pouvant être pratiqués exclusivement par des médecins, sous leur prescription ou sous leur contrôle immédiat.

La formule du premier alinéa « *ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine* » pourrait être supprimées car le terme de « *nomenclature* » renvoie exclusivement à la notion d'acte.

En outre, le second alinéa pourrait être modifié, en remplaçant la formule « *dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret* », par la formule « *leurs missions professionnelles dans les conditions définies par la loi* ».

### **III.2.2 Aménager les règles déontologiques des professionnels paramédicaux**

Les déontologies médicale et infirmière sont l'ensemble des devoirs inhérents à l'exercice de ces professions, définis et sanctionnés par les ordres respectifs. Le devoir qui incombe à l'ensemble des professionnels de santé est celui de la morale et de la conscience professionnelle sur lequel est fondée la relation de confiance du praticien et du patient, comme en témoigne le serment d'Hippocrate.

Les nouvelles formes de coopération appellent une évolution des règles déontologiques. À l'instar des sages-femmes, il conviendrait d'étendre à l'ensemble des auxiliaires le devoir déontologique selon lequel ils sont tenus d'évaluer les limites de leurs compétences et de ne

pas effectuer d'actes ou de formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent leurs propres qualifications. L'auxiliaire qui s'aperçoit que les symptômes du patient ne relèvent pas de sa compétence est tenu d'adresser immédiatement le patient au médecin compétent. La méconnaissance de cette règle est sanctionnée disciplinairement par l'ordre compétent.

Une telle règle devra être édictée dans les codes de déontologie applicables aux professionnels dont les compétences seraient étendues par les nouvelles formes de coopération. Les juges civils et administratifs pourraient en tenir compte s'ils devaient apprécier une faute de l'auxiliaire. En revanche, la violation de cette règle n'engage la responsabilité pénale du professionnel pour exercice illégal de la médecine que si elle est prévue par un décret.

Par ailleurs, les nouvelles formes de coopération impliquent une évolution des devoirs déontologiques des médecins qui seraient amenés à confier la réalisation de certaines tâches à un auxiliaire. Le médecin doit alors apprécier les limites des compétences de l'auxiliaire en fonction de la pathologie. Il pourrait, le cas échéant, être tenu de répondre disciplinairement de la pertinence de cette décision.

En conclusion, le médecin confiant la réalisation d'un acte à un auxiliaire médical pourra être tenu responsable si le code de déontologie prévoit expressément une obligation de prudence, par exemple, la vérification des compétences de l'auxiliaire. La faute caractérisée peut être constituée si la réalisation de l'acte par l'auxiliaire médical est de nature à exposer le patient à un risque particulièrement grave en raison de l'intervention inadaptée de l'auxiliaire.

### **III.2.3 Maîtriser les risques afin de limiter d'éventuels surcoûts en termes d'assurance responsabilité civile professionnelle**

La modification du cadre juridique de la définition des professions de santé permet théoriquement de se prémunir contre des effets pervers sur les conditions de prise en charge assurantielle de la responsabilité civile professionnelle.

Pour rester dans le cadre de l'assurance responsabilité civile professionnelle, l'activité doit entrer à la fois dans le champ des compétences du professionnel et de la mission qui lui est dévolue à l'égard des patients.

A défaut, les termes du contrat d'assurance peuvent autoriser la compagnie d'assurance : soit à appliquer une franchise spécifique au titre du non respect de la réglementation en vigueur (lorsque cette franchise a été contractuellement organisée) ; soit à mettre en œuvre une clause d'exclusion de garantie au titre de l'exercice illégal d'une profession pour laquelle l'assuré n'est pas réputé couvert par le contrat d'assurance.

Dans ce contexte, si la définition des professions évolue, ces mécanismes permettront de faciliter leur appréhension par les compagnies d'assurance. Il convient en effet d'éviter le risque de voir un surcoût assurantiel éventuel devoir être supporté aussi bien par le professionnel de santé organisant la coopération que par l'établissement de santé responsable hiérarchiquement de l'acteur de santé participant à cette coopération. Une contractualisation accrue et une protocolisation des responsabilités respectives, associant la profession assurantielle, peuvent apparaître nécessaires. En effet, la limite de l'intervention des professionnels renvoie à leur appréciation des conditions légales de leur intervention. Or, l'engagement de leurs responsabilités respectives ne saurait reposer sur une telle appréciation subjective. Aussi l'encadrement des pratiques de coopération entre professions de santé par des normes et recommandations de bonnes pratiques peut-il valider ces pratiques et maîtriser en amont les risques systémiques qui s'y rattachent.

En tout état de cause, il appartient à l'assuré, en application du code des assurances, de déclarer l'étendue de son risque professionnel. La garantie n'est due par la compagnie que sur l'activité que l'assuré a déclaré exercer. Aussi, les éventuelles coopérations engagées devront-elles faire l'objet de déclarations auprès des compagnies d'assurance des acteurs de santé concernés.

### **III.3 Adapter les modalités de financement et de rémunération**

Les conditions de financement et de rémunération des professionnels de santé constituent des facteurs essentiels dans le développement des nouvelles formes de coopération. En effet, cet environnement économique se traduit par des incitations à des coopérations plus ou moins ambitieuses. Dans le secteur ambulatoire, il convient certainement de réfléchir à des modes de rémunération qui laissent une place à d'autres éléments que le seul paiement à l'acte. A l'hôpital, si la tarification à l'activité peut constituer un moteur pour le développement des coopérations, il apparaît cependant nécessaire de modifier les règles de rémunération des professionnels paramédicaux dans le secteur public. Enfin, dans ces deux secteurs, il importe de tenir compte des activités liées à la coordination.

### **III.3.1 En ambulatoire, lier conditions d'exercice et de rémunération à la nature de l'activité**

L'analyse des expériences internationales montre que les coopérations se sont surtout développées dans des contextes où les professionnels médicaux et non-médicaux exercent dans des structures communes avec des modes de rémunération forfaitaire (salarial ou capitation) ou au moins mixtes (c'est-à-dire avec un paiement à l'acte et un paiement forfaitaire). En effet, dans le cadre du paiement à l'acte *stricto sensu*, le revenu des différents professionnels est directement lié au mode de partage de leurs activités. Des modalités spécifiques doivent donc être envisagées pour que les coopérations préservent l'équilibre économique des professionnels concernés, compte tenu de la tarification de leurs actes et de la pression de la demande ; celle-ci peut, en effet, plus ou moins leur permettre de développer de nouveaux segments d'activité.

Une analyse plus précise montre, à cet égard, que plusieurs modalités de financement peuvent être envisagées en fonction de la nature des activités déléguées et des coopérations engagées.

Comme cela a déjà été évoqué, les actes dont la réalisation peut être confiée à un professionnel paramédical dans le cadre de protocoles précis peuvent être pris en charge, sans difficulté majeure, à travers la nomenclature des actes libéraux<sup>37</sup>.

En revanche, les activités plus complexes, ou les nouvelles activités dont le contenu ne peut pas être entièrement décrit à l'avance et/ou nécessitant la supervision d'un médecin (comme le suivi de patients atteints de pathologies chroniques), impliquent, quant à elles, un financement en dehors du seul cadre de la nomenclature.

Une première option est de verser aux médecins (ou à une association de médecins) des forfaits correspondant à la prise en charge globale de certains patients (comme les malades en ALD ou les patients diabétiques), cette prise en charge prévoyant explicitement l'intervention d'autres professionnels de santé (consultations infirmières de suivi ou d'éducation thérapeutique, prévention...). Dans ce cadre, le partage du forfait entre l'ensemble des professionnels impliqués est réalisé par les professionnels eux-mêmes sur la base d'un cahier des charges opposable. Ce mécanisme a l'avantage de laisser aux professionnels

---

<sup>37</sup> cf. paragraphe II.2

concernés une liberté quant au mode de fonctionnement de leurs coopérations mais requiert, en pratique, une forte coordination (voire l'intégration des acteurs au sein d'un même lieu).

La deuxième option repose, à l'image de ce qui a été fait pour certaines maisons médicales, sur la mise en place d'incitations (par exemple le financement des frais fixes) au regroupement de professionnels de santé médicaux s'associant à des professionnels paramédicaux, au sein de cabinets pluridisciplinaires.

- Cette association peut éventuellement prendre la forme d'une contractualisation sans changement des modes principaux de rémunération. La contractualisation précisera alors les règles pour la prise en charge des moyens mis en commun et le partage de la clientèle et/ou des honoraires.
- Cette association peut également prendre la forme d'une relation salariale avec les professionnels paramédicaux ; cette dernière solution pouvant apparaître préférable lorsque les coopérations ne sont pas entièrement déterminées à l'avance et nécessitent une supervision. Le regroupement de plusieurs médecins semble en être une condition dans la mesure où, comme le montrent les estimations de l'Irdes à propos du suivi des malades chroniques, il est peu probable qu'un seul médecin généraliste puisse dégager, à partir des coopérations, suffisamment d'activité et de bénéfices pour financer le salaire d'un collaborateur. Cette option correspond à l'expérience britannique des cabinets de médecins généralistes qui reçoivent une dotation budgétaire ajustée à leur activité pour employer du personnel non médical.

Au niveau collectif, la fixation optimale de ces modes de tarification dépend donc de la nature des actes concernés par les coopérations, de l'équilibre démographique et économique des professions concernées et de la pression de la demande. Il est probable que, au moins dans un premier temps, le développement des coopérations augmente, en ville comme à l'hôpital, le volume global des activités de soins et donc les dépenses totales. Ceci est en particulier lié au fait que le développement des coopérations est susceptible de diversifier la gamme des soins et des modes de prise en charge dans des domaines comme le suivi des malades chroniques ou l'éducation thérapeutique. Cette augmentation d'activité peut être positive s'il s'agit d'accroître la qualité des soins ou de répondre à une demande de soins qui risque de ne plus être satisfaite suite à la diminution de l'offre médicale.

### **III.3.2 Modifier les conditions de rémunération des professionnels paramédicaux à l'hôpital**

L'introduction de métiers nouveaux à l'hôpital et l'élargissement des activités assurées par certains professionnels paramédicaux demande de modifier les statuts particuliers de la fonction publique hospitalière et notamment les grilles salariales. Dans le secteur privé, ce sont les conventions collectives qui prennent en compte l'évolution des activités dans les négociations salariales.

Ce point particulier devra être précisé et une évaluation du nombre éventuel de personnes concernées par ces nouveaux métiers semble nécessaire.

En matière de coûts et de tarifs hospitaliers toutefois, les conséquences de ces changements apparaissent relativement faibles dans la mesure où la méthodologie de fixation des tarifs dans le cadre de la T2A ne permet pas de rendre compte finement et instantanément des évolutions de la répartition des activités entre professionnels. Pour que le développement des coopérations entre professionnels de santé ait un impact sur les tarifs calculés, il est nécessaire que ces coopérations soient massives et généralisées.

### **III.3.3 Organiser et financer les activités liées à la coordination**

En ville comme à l'hôpital, les nouvelles formes de coopération, notamment celles qui entraînent une diversification de l'activité, impliquent une conception collective de l'ensemble des professionnels (médecins et non-médecins) et la définition de modalités de coordination. Le suivi de la réalisation de ces activités en termes d'acquisition de compétences, de responsabilité, de coordination et de contrôle nécessite un investissement spécifique en « temps »<sup>38</sup>.

A l'hôpital, cet investissement est favorisé par la présence temporelle et spatiale des différents professionnels sur un même lieu, mais il n'en reste pas moins que des problèmes demeurent quant à l'adaptation des locaux et que l'organisation des temps de travail est extrêmement différente selon les professions.

---

<sup>38</sup>Le développement des activités de coordination doit se traduire par un financement spécifique au moins à court terme, les économies potentielles qu'il pourrait dégager et permettre de financer la coordination ne pouvant être réalisées à court terme.

Le développement des nouvelles formes de coopération à l'hôpital devrait donc s'accompagner d'une réflexion spécifique sur l'organisation des temps de travail en commun. Cette réflexion, qui en est une condition nécessaire, peut aussi contribuer à améliorer la coordination globale entre les professionnels travaillant à l'hôpital. Une attention spécifique devrait, en effet, être prêtée à ces temps de coordination, souvent mis à mal par la réorganisation des horaires de travail liée aux 35 heures.

En ville, l'adoption de protocoles ou de référentiels pour une prise en charge adéquate des cas complexes et des co-morbidités est nécessaire au développement des coopérations. Une bonne coordination entre les professionnels implique la reconnaissance de temps dédié pour l'établissement de comptes-rendus et les partages d'information, ainsi que la mise en place de procédures d'alerte. Dans ce cadre, la question des lieux d'exercice en commun apparaît déterminante.

## **IV CONDITIONS CONCRÈTES DE MISE EN ŒUVRE ET DE GÉNÉRALISATION**

A partir des expérimentations et des nombreux travaux disponibles dans la littérature ou menés spécifiquement dans le cadre de l'élaboration de ce projet de recommandation, il est possible de définir les conditions concrètes de mise en œuvre des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Ces conditions sont relativement indépendantes du contexte institutionnel, c'est-à-dire qu'elles s'appliquent tout aussi bien aux nouvelles formes de coopération qui pourraient être développées dans un cadre aménagé sans modification majeure de l'architecture institutionnelle qu'à celles qui impliquent un cadre « rénové ».

La mise en œuvre concrète des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé peut être abordée au travers de trois étapes successives :

- en amont, il s'agit d'identifier les activités qui peuvent être concernées ;
- selon le type d'activité concernée (à dominante technique ou à dominante « organisationnelle et collaborative »), le développement des nouvelles formes de coopération doit s'appuyer sur un certain nombre de conditions concrètes
- en aval, la généralisation des nouvelles formes de coopération doit être évaluée de manière spécifique (activité par activité) et globale (en tenant compte de son impact pour les patients, les professionnels et la collectivité).

### **IV.1. Identifier les activités concernées par les nouvelles formes de coopération**

L'identification des activités pouvant donner lieu à de nouvelles formes de coopération constitue le préalable à leur développement « sur le terrain ». Premier élément à prendre en considération, la faisabilité « technique » des nouvelles formes de coopération doit permettre de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins proposés aux patients. Pour autant, d'autres facteurs apparaissent importants : leur acceptabilité du point de vue des différentes professions impliquées et des patients ; leur pertinence eu égard au rapport entre les besoins de la population (besoins des patients et priorités de santé publique) et les ressources humaines disponibles.

Deux cas doivent être distingués :

- les activités déjà évaluées dans le cadre des expérimentations peuvent, sur la base des résultats de cette évaluation<sup>39</sup>, être confiées à des professionnels paramédicaux, sous réserve que les conditions concrètes de réussite mises en évidence dans l'évaluation des expérimentations soient respectées (cf. IV.2) ;
- les nouvelles activités identifiées par les professionnels de santé qui pourraient donner lieu à de nouvelles formes de coopération doivent, dans un premier temps, être intégrées dans une démarche formalisée comprenant notamment un protocole d'évaluation. Dans un second temps, en fonction des résultats de cette évaluation, la réalisation de ces activités par des professionnels paramédicaux pourrait être généralisée.

Cette démarche doit être ancrée dans la pratique professionnelle. Pour cela, il est proposé de s'appuyer sur des groupes de travail entre représentants des différentes professions, qui pourraient être chargés d'élaborer un cadre général, à décliner localement.

#### **IV.2 Définir les étapes clefs dans la mise en oeuvre des nouvelles formes de coopération sur le terrain**

L'analyse, réalisée à partir de la deuxième vague d'expérimentation, des exigences liées à la réalisation d'actes techniques, d'une part, et celles liées aux pratiques collaboratives (ou segment de prise en charge), d'autre part, conduit à penser que :

- dans le premier cas, une logique de généralisation peut être envisagée selon un cadre modélisé *a priori* ;
- dans le second cas, bien que certaines caractéristiques méthodologiques puissent être modélisées *a priori*, il subsistera toujours un « indéterminé organisationnel » propre à tout processus d'innovation.

---

<sup>39</sup> L'évaluation comportait trois volets : un volet quantitatif, une enquête auprès des patients et une étude qualitative des conditions de généralisation.

#### **IV.2.1 Le développement des nouvelles formes de coopérations selon un processus modélisé *a priori***

Les nouvelles formes de coopération développées autour de la réalisation d'actes techniques s'inscrivent le plus souvent dans une logique d'adaptation à des évolutions ou des contraintes de l'environnement. Elles sont définies avant même la mise en place du projet ou de l'expérimentation. Schématiquement, il s'agit d'atteindre une meilleure efficacité du dispositif dans un cadre donné et contraint.

Dès lors, l'extension ou la généralisation peut se penser selon un processus modélisé *a priori* dont les **principales exigences** sont formalisées de la manière suivante :

- l'identification *a priori* des *professionnels paramédicaux impliqués*, ces derniers devant nécessairement être volontaires, motivés et prêts à s'investir notamment en termes d'apprentissage. Par ailleurs, la confiance réciproque étant au cœur de ces nouvelles formes de coopération, il semble préférable que les professionnels paramédicaux et médicaux impliqués lors de la mise en place de ces coopérations, possèdent une expérience de travail commun réussie. A plus long terme, ces pré-requis en termes de profil individuel peuvent néanmoins être atténués par la qualité de l'organisation mise en œuvre.
- une *formation technique*, permettant de valider un niveau satisfaisant de connaissances, à la fois sur les plans théorique et pratique ; la formation théorique vise essentiellement à élargir le champ des connaissances (anatomie, physiologie, par exemple) et la formation pratique vise à sécuriser la réalisation de l'acte. Cette formation pourra prendre des formes diverses : initiale, continue, compagnonnage, etc.
- une *protocolisation* de l'activité qui doit être réalisée en commun par les professionnels impliqués, notamment dans la détermination du champ d'intervention, du périmètre et des limites de cette coopération ; la définition de la nature des actes, du type de patients pris en charge ainsi que les situations dans lesquelles ils sont pris en charge complètent ce protocole ; c'est ainsi que certains actes peuvent être exclus du périmètre, dans des situations d'urgence par exemple ;

- des spécifications concernant *l'environnement général de travail* : une organisation spatiale adéquate est nécessaire pour donner la possibilité au médecin d'intervenir, directement ou en utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication, auprès de l'opérateur. Par ailleurs, pour les actes nécessitant des équipements médicaux sophistiqués (échographes, par exemple), la qualité du matériel est une condition indispensable, ce qui nécessite la mise au point d'une assurance-qualité préalable ;
- une *évaluation* (« confirmation ») de la capacité de l'opérateur à réaliser les actes techniques de qualité en situation réelle et à développer une relation de coopération constructive avec le médecin, responsable de la réalisation de l'acte ;
- une *validation organisationnelle régulière* qui associe non seulement les professionnels impliqués dans les coopérations mais aussi, à l'hôpital ou au sein des cabinets de groupes, les autres professionnels intervenant dans la prise en charge du patient. L'objectif est d'amener les professionnels à réfléchir ensemble, en fonction de leurs pratiques professionnelles, sur les méthodes de travail et de supervision des actes réalisés et sur les modalités de coopération entre professionnels.

#### **IV.2.2 Le développement des nouvelles formes de coopération selon un processus d'innovation**

Dans le cas de la mise en œuvre des pratiques collaboratives, les nouvelles formes de coopération s'inscrivent le plus souvent dans une logique de transformation de l'organisation en place. Ce qui est visé – intégrer le soin, le suivi, l'accompagnement, l'éducation du patient – est connu dès le départ. Les principes pour y parvenir – mettre en place des modalités d'intervention, de coordination et de coopération entre professionnels au sein d'une équipe – sont également identifiées dans leur principe. En revanche, les modalités de ces nouvelles formes de coopération s'ajustent au fur et à mesure de la montée en charge du dispositif et de l'apprentissage des professionnels.

La mise en œuvre de ces nouvelles pratiques collaboratives est étroitement liée à l'organisation au sein des services, et en premier lieu, aux acteurs qui vont les porter ; elles ne peuvent être définies intégralement et *a priori*. Leur extension ou généralisation ne peut alors se penser, dans un premier temps, que dans un processus d'innovation et donc, de fait, dans un cadre moins formalisé *a priori* que les coopérations portant sur des actes techniques.

Les **principales exigences** identifiées pour l'extension ou la généralisation des pratiques collaboratives peuvent être formalisées de la manière suivante :

- l'existence d'un « projet innovant » traduisant une nouvelle conception de la prise en charge de patients spécifiques dont les caractéristiques générales sont identifiées mais dont les modalités précises de mise en œuvre ne sont pas fixées *a priori* ;
- le *choix des acteurs* recouvre, d'une part, le « repérage » d'aptitudes particulières chez le professionnel paramédical et chez le médecin, et, d'autre part, une forme de cooptation entre professionnels directement concernés, ce qui sous-tend l'existence d'un « projet professionnel » explicite ou implicite de la part du professionnel paramédical et du médecin ainsi qu'une confiance mutuelle. Le choix des acteurs procède ainsi d'une certaine interactivité le processus n'est pas normalisé. Dès lors, le professionnel paramédical doit posséder une réelle aptitude à gérer l'incertitude dans laquelle il s'engage et le médecin doit reconnaître la légitimité de son intervention ;
- la *formation spécifique*, théorique et pratique, concerne à la fois une formation technique, une formation « de type médical », une formation à l'environnement institutionnel et une formation aux processus organisationnels ;
- le *cadre de la coopération*, s'il doit faire référence à la définition des patients à prendre en charge et au type d'activités conduites par le professionnel paramédical dans le cadre de cette prise en charge, ne peut être décrit précisément dans la mesure où les pratiques collaboratives s'appuient sur les pratiques professionnelles et se construisent au fur et à mesure de la mise en œuvre de la collaboration entre les professionnels. Les frontières définissant les zones d'intervention des uns et des autres conservent donc une certaine indétermination en fonction des relations au sein de l'équipe, de son fonctionnement et de l'appropriation par les professionnels concernés de la pratique collaborative et de l'organisation locale. La définition du cadre plus précis de ces coopérations doit être réalisée par les professionnels concernés ;
- le *système d'évaluation* porte tant sur le dispositif général de prise en charge du patient, en termes d'efficacité et d'efficience, que sur les processus de collaboration développés à cet effet ; ce système doit permettre de réaliser les aménagements nécessaires à l'amélioration du dispositif par une itération constante entre les caractéristiques de l'organisation et l'évaluation des pratiques collaboratives et de leurs incidences ;
- le *pilotage* du « projet innovant » doit être assuré par un responsable au sein de l'équipe afin de permettre de consolider, formaliser et donner des repères aux acteurs du projet.

### **IV.3. Réorganiser les « parcours de soins » des patients et évaluer les coopérations**

En raison de leur impact sur l'organisation du système de soins, le développement des nouvelles formes de coopération doit être rapproché des réflexions sur les parcours de soins qui partagent un même objectif d'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients. Il s'agit ainsi d'intégrer, le cas échéant, dans la définition des parcours de soins, les modalités d'intervention des différents professionnels. Par ailleurs, l'amélioration de la qualité des soins (au sens large) doit, dans la mesure du possible, être mesurée et évaluée.

#### **IV.3.1 Lier le développement des coopérations et les réflexions sur les parcours de soins**

La redéfinition des professions de santé par leurs missions doit être rapprochée des réflexions sur la réorganisation du « parcours de soins » des patients.

Si les patients rencontrent toujours un médecin en première intention, l'idée des nouvelles formes de coopération est de définir un parcours de soins adapté à la maladie et à l'environnement de chaque patient qui fasse intervenir des professionnels médicaux et paramédicaux.

Ces professionnels paramédicaux, qui seraient amenés à exercer de manière relativement autonome, peuvent, dans certains cas se substituer au médecin en réalisant des activités jusqu'alors assurées par les médecins ou, dans d'autres cas, proposer de nouvelles modalités de prise en charge, par exemple dans le cadre de programmes de type « Disease Management ». Il importe, dans ce contexte, que médecins et professionnels paramédicaux puissent se rencontrer et échanger autour de la prise en charge des patients. Cela signifie en particulier qu'il doit exister des espaces communs entre tous les professionnels impliqués dans la prise en charge d'un patient avec, le cas échéant, des mécanismes formalisés de remontée d'information. Si cette condition semble être relativement respectée dans le cadre hospitalier (sous réserve tout de même d'une réflexion portant sur les rapports au temps des professionnels paramédicaux et des médecins), elle soulève des difficultés particulières dans le secteur libéral. En effet, les professionnels paramédicaux et médicaux libéraux exercent le plus souvent dans des lieux différents : l'organisation des coopérations amène donc à s'interroger sur les articulations possibles entre ces modes d'exercice.

Dans ce contexte, il convient aussi d'inciter les patients à respecter, dans le cadre d'une prise en charge collective, des parcours de soins optimaux notamment en ce qui concerne l'intervention des différents types de professionnels. Cela implique, en premier lieu, de rendre explicite l'organisation de la prise en charge et l'intervention des différents professionnels – l'information donnée par le médecin sur cette organisation étant une condition essentielle de son acceptabilité pour le patient – et, en second lieu, d'éviter l'apparition d'inégalités dans les modes de recours aux soins, les patients les plus aisés continuant à ne consulter que le médecin. Concrètement, ces incitations pour les patients pourraient se traduire par une prise en charge financière des parcours de soins par l'assurance maladie reposant sur la nature de la prise en charge et non pas sur la qualification des professionnels impliqués.

#### **IV.3.2. Evaluer les coopérations de manière globale**

Les processus de coopération sont des processus dynamiques qui modifient le contenu même de la prise en charge et des soins, c'est-à-dire la fonction de production de soins. Ces processus peuvent notamment s'accompagner de diversifications d'activités qui conduisent à compléter la gamme des soins et des modes de prise en charge, en amont ou en aval des soins actuellement réalisés : éducation thérapeutique, prévention, suivi de l'observance de traitements, etc.

En termes d'efficience, le développement des coopérations entraîne, à court terme, une hausse des dépenses : première phase de formation coûteuse. ; réponse à une demande non satisfaite (effet volume) ; développement de nouveaux rôles (effet qualité). Si les coopérations représentent un enjeu économique certain, la probabilité de réaliser, par leur biais, des économies en matière de dépenses de santé apparaît donc faible à court terme. Ceci implique que les coopérations ne soient pas recherchées au titre du seul principe d'économies mais dans des perspectives d'efficience économique accrue, c'est-à-dire d'un rapport favorable, étayé et justifié, entre les résultats et les moyens mobilisés.

Ces nouvelles formes de coopération pourront être suivies par une structure nationale, en lien avec les organismes locaux et régionaux chargés de l'organisation du système de santé.

## **V. CONCLUSIONS : LES POINTS CLEFS DU PROJET DE RECOMMANDATION**

### **Les nouvelles formes de coopération constituent une opportunité d'évolution du système de santé**

1. Si l'on ne peut attendre de ces nouvelles formes de coopération de réduction immédiate des dépenses de santé, en raison notamment des besoins en formation, le maintien voire l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients constitue un objectif premier et essentiel en termes d'efficience du système de santé.
2. Elles représentent un élément clef d'attractivité des professions, notamment paramédicales. Par l'accroissement des missions et la reconnaissance de l'évolution des compétences, ces nouvelles formes de coopération devraient permettre aux professions paramédicales de disposer de possibilités d'évolution de carrière, tout en conservant leur activité primordiale de soin.
3. En contribuant à développer l'exercice pluri-professionnel, ces nouvelles formes de coopération peuvent également contribuer à renforcer l'attractivité de l'exercice médical libéral, qui pâtit aujourd'hui du caractère individuel et isolé des conditions d'exercice.

### **Les nouvelles formes de coopération impliquent la mise en œuvre de changements dans l'organisation générale du système de santé**

1. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé constituent une évolution de fond du système de santé, des frontières entre les professions, de leurs missions et de leurs représentations. Cette évolution ne pourra se faire que par paliers, en fonction des besoins identifiés localement et de l'appropriation par les professionnels de santé et les patients.
2. Cette évolution de fond comprend à la fois des éléments liés à :
  - la formation des professionnels de santé avec l'identification de plusieurs niveaux de compétence pour les professionnels paramédicaux ;
  - des évolutions du mode de rémunération des professionnels de santé libéraux vers des schémas mixtes comprenant un financement global de la prise en charge de certains patients ;

- une modification des modalités juridiques de définition des professions de santé, permettant d'assouplir le cadre d'exercice des professions paramédicales. Il s'agit de dépasser le cadre nécessairement limitatif d'une liste d'actes autorisés par profession pour évoluer vers une logique mixte, définissant également les professions de santé par les missions qui leur sont confiées.
3. Les nouvelles formes de coopération appellent une évolution des règles déontologiques, pour l'ensemble des professions concernées.
  4. Bien que des évolutions soient possibles - et souhaitables – dans un cadre aménagé, leurs conséquences seront nécessairement limitées si des mesures plus structurelles ne sont pas mises en œuvre tant en ce qui concerne la formation des professionnels de santé que le cadre juridique et économique de l'exercice de ces professions.  
Ces mesures représentent une réforme d'ensemble qui doit être guidée par une véritable politique de répartition des tâches.

**Les nouvelles formes de coopération peuvent être mises en œuvre et sont acceptées par les acteurs qui ont participé aux expérimentations (professionnels de santé et patients).**

1. Les expérimentations en cours, les expérimentations autorisées précédemment, les retours d'expériences recueillis à l'occasion de l'enquête internet et les exemples internationaux montrent que ces nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé sont faisables, sans perte de qualité ni souci d'acceptabilité pour les patients.
2. A partir de l'évaluation des expérimentations, il apparaît que cette mise en œuvre concrète est différente selon qu'il s'agit d'une coopération portant sur la réalisation d'un acte technique ou sur une évolution plus générale de la prise en charge des patients dans le cadre de pratiques collaboratives.
3. La mise en œuvre et l'impact de ces nouvelles formes de coopération doivent être analysés activité par activité et en tenant compte de leur impact sur la qualité et l'efficience globale du système. Ces nouvelles formes de coopération pourront être suivies par une structure nationale, en lien avec les organismes locaux et régionaux chargés de l'organisation du système de santé.
4. La réflexion amorcée ici doit se poursuivre et s'articuler avec d'autres évolutions structurelles du système de santé liées, d'une part, à l'évolution du rôle des patients, en particulier avec l'éducation thérapeutique et, d'autre part, avec les travaux en cours sur l'organisation de la santé, notamment en ce qui concerne les soins primaires et l'évolution des frontières entre secteur social, médico-social et sanitaire.