



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Délégation, transferts, nouveaux métiers...
Comment favoriser des formes nouvelles de
coopération entre professionnels de santé ?**

Recommandation HAS
en collaboration avec l'ONDPS

Avril 2008

Les recommandations et synthèse de cette recommandation sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Synthèse	5
Introduction	8
1 Les nouvelles formes de coopération : quels enseignements des expérimentations françaises et des expériences internationales ?	12
1.1 Des expérimentations permettant d'évaluer la faisabilité et la sécurité des nouvelles formes de coopération en France	12
1.2 L'enquête sur les pratiques actuelles de coopération	16
1.3 Les enseignements des expériences étrangères sur l'impact des nouvelles formes de coopération	17
2 Le développement des nouvelles formes de coopération : opportunités et limites du cadre actuel d'exercice	19
2.1 L'exercice des professions médicales et paramédicales aujourd'hui : formation, contexte juridique et économique	19
2.1.1 Des conditions de formation initiale qui créent d'emblée une séparation entre les différentes professions de santé	20
2.1.2 Un cadre légal d'exercice qui entérine cette séparation	21
2.1.3 Des modes de rémunération des professionnels de santé relativement rigides	24
2.2 Des aménagements possibles du cadre d'exercice...	25
2.2.1 La réalisation d'actes précis : une adaptation à la marge du cadre juridique	26
2.2.2 Le développement des coopérations dans le cadre de prises en charge spécifiques : des aménagements avant tout économiques	27
2.2.3 Le cas particulier des professionnels ayant participé aux expérimentations sur les nouvelles formes de coopération	27
2.3 ... mais qui restent insuffisants pour promouvoir une vision plus ambitieuse	28
3 Pour un cadre rénové créant des conditions favorables au développement des nouvelles formes de coopération	29
3.1 Renforcer l'offre de formation pour les professionnels de santé	29
3.1.1 Associer les professionnels de santé aux grands chantiers concernant l'évolution de leur profession et de leur formation	29
3.1.2 Définir les niveaux de compétences sur une échelle de formation à trois niveaux et construire des référentiels de formation	30
3.1.3 Organiser les formations à partir de référentiels	31
3.2 Redéfinir le cadre juridique de l'exercice des professions de santé	32
3.2.1 Définir les professions de santé selon un modèle mixte	32
3.2.2 De la définition par les actes à un modèle mixte : impact sur les textes réglementaires	33
3.2.3 Aménager les règles déontologiques des professionnels de santé	34
3.2.4 Maîtriser les risques afin de limiter d'éventuels surcoûts en termes d'assurance responsabilité civile professionnelle	35
3.3 Adapter les modalités de financement et de rémunération	36
3.3.1 En ambulatoire, lier conditions d'exercice et de rémunération à la nature de l'activité	36
3.3.2 Modifier les conditions de rémunération des professionnels à l'hôpital	37
3.3.3 Organiser et financer les activités liées à la coordination	37
4 Pour un développement des nouvelles formes de coopération qui améliore la qualité du système de santé	39
4.1 Articuler innovations professionnelles, encadrement des nouvelles pratiques et évolution des métiers	39
4.2 Accompagner les professionnels de santé dans la mise en œuvre de ces coopérations	40
4.3 Lier le développement des coopérations et les réflexions sur l'organisation des soins	41
4.4 Évaluer les nouvelles formes de coopération de manière globale	42
5 Conclusion	43
Annexes	44

L'équipe

Cette recommandation a été pilotée et coordonnée par un comité de suivi présidé par :

Yvon Berland, président de l'ONDPS, et Claude Maffioli, membre du Collège de la HAS,

et composé de :

Yann Bourgueil, chargé de mission ONDPS

Philippe Michel, HAS, directeur de l'évaluation des stratégies de santé

Lise Rochemaix, membre du Collège de la HAS

François Romaneix, directeur de la HAS

Catherine Rumeau-Pichon, adjointe au directeur de l'évaluation médico-économique et de la santé publique.

Les travaux ont été conduits, sous la responsabilité de Catherine Rumeau-Pichon, par une équipe constituée de :

Sandrine Chambaretaud – Mission prospective et recherche - HAS

Anne-Line Couillerot - Mission prospective et recherche - HAS

Guillermo Jasso-Mosqueda – Service de l'évaluation économique et santé publique - HAS

Fabienne Midy - Service de l'évaluation économique et santé publique - HAS

Clémence Thébaut – Service de l'évaluation économique et santé publique – HAS.

Le secrétariat a été assuré par Aurore Tattou – Service de l'évaluation économique et santé publique – HAS.

Les recherches documentaires ont été réalisées, sous la responsabilité de Frédérique Pagès, responsable du service documentation, par Emmanuelle Blondet et Julie Mokhbi.

Synthèse

1 - Introduction

- 1.1 Cette recommandation traite des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, définies comme une nouvelle répartition de tâches existantes ou la répartition de nouvelles tâches entre professionnels de santé. Elle s'inscrit donc dans la problématique générale de l'amélioration de l'organisation des soins.
- 1.2 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.
- 1.3 Les enjeux des nouvelles formes de coopération sont multiples :
 - L'amélioration de la qualité des soins est recherchée en favorisant le développement de certaines activités (l'éducation thérapeutique par exemple) et/ou la réorganisation de la prise en charge des patients (par exemple pour le suivi des malades chroniques).
 - 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.
 - L'évolution des pratiques grâce aux nouvelles formes de coopération représente un élément clé d'attractivité des professions. Pour les médecins, elles peuvent contribuer à améliorer les conditions d'exercice, en développant l'exercice pluri-professionnel et en leur permettant de privilégier les activités purement médicales. Pour les autres professions de santé, l'accroissement des missions et la reconnaissance de l'évolution des compétences offrent des possibilités d'évolution de carrière autres que les seuls postes d'encadrement.

2 - Des conditions actuelles d'exercice peu propices à une évolution des pratiques

- 2.1 Les conditions de formation initiale des professions de santé créent d'emblée une séparation entre les médecins, dont la formation relève d'une filière universitaire longue (9 à 11 ans), et les professions paramédicales, dont la formation correspond à des filières professionnelles plus courtes (3 ans en moyenne). Il n'existe que peu de passerelles à l'exception de celles mises en place à l'issue de la première année de médecine.
- 2.2 Le cadre juridique de l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé est construit en référence aux diplômes 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. Dans le Code de la santé publique, le périmètre d'exercice des autres professions de santé est défini en dérogation à ce monopole.
- 2.3 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 public, ils sont déterminés en fonction des statuts plutôt que des missions.

- 2.4 Il est possible de modifier de manière conjoncturelle le cadre existant pour développer les nouvelles formes de coopération au cas par cas. Cette modification peut concerner le domaine juridique (introduction d'un acte dans un décret d'exercice), la formation ou les conditions de financement des soins (création d'un acte dans la nomenclature) mais cette approche est nécessairement limitée à des ajustements ponctuels et sa généralisation en routine nécessiterait de mettre en place un système complexe.
- 2.5 Il apparaît, dès à présent, souhaitable de pérenniser l'activité dérogatoire mise en place dans les sites expérimentateurs, sous réserve que les équipes en fassent la demande officielle auprès du ministère de la Santé et que la HAS et/ou l'ONDPS valident l'expérimentation sur la base de son évaluation.

3 - Pour un cadre rénové créant les conditions favorables au développement des nouvelles formes de coopération

- 3.1 Seule une approche structurelle, qui repose sur la production d'un nouveau cadre de référence professionnel, est à même de répondre de manière cohérente et pérenne aux enjeux de qualité, d'efficacité et d'attractivité.
- 3.2 Les travaux nécessaires à la rénovation de l'organisation des professions de santé doivent être initiés le plus rapidement possible avec l'ensemble des partenaires institutionnels et professionnels.
- 3.3 L'élaboration d'un nouveau cadre de référence professionnel passe par la révision fondamentale et simultanée des trois piliers de l'organisation des professions de santé : le système de formation, le cadre juridique et les conditions économiques d'exercice.
- 3.4 Le système de formation des professionnels de santé doit être repensé dans le cadre du dispositif Licence-Master-Doctorat (LMD), selon un *continuum* de compétences répondant aux besoins de santé publique actuels et à venir, avec en particulier le développement de formations de niveau master et de filières de recherche. Ainsi, il convient de définir des champs prioritaires pour le développement des nouvelles formes de coopération en fonction des besoins ou des priorités de santé publique identifiés par les acteurs concernés (autorités de tutelle, patients et professionnels de santé) ; de construire des référentiels métiers et compétences permettant de répondre aux besoins identifiés ; de développer une offre de formation adaptée aux enjeux.
- 3.5 Le cadre juridique doit dépasser l'approche nécessairement restrictive 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. À ce titre, il convient de modifier l'article L. 4161-1 du Code de la santé publique. Les nouvelles formes de coopération appellent aussi une évolution des règles déontologiques pour l'ensemble des professions concernées et renforcent le besoin d'une régulation professionnelle organisée.
- 3.6 Les conditions de financement et de rémunération des professionnels de santé doivent inciter au développement des nouvelles formes de coopération. Dans le secteur ambulatoire, il convient d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération qui laissent une place à d'autres éléments que le paiement à l'acte. À 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.

4 Pour un développement des nouvelles formes de coopération qui améliore la qualité du Système de Santé

- 4.1 Les évolutions du cadre d'exercice des professions de santé constituent un socle indispensable pour créer des conditions favorables au développement des nouvelles formes de coopération. La mise en œuvre des nouveaux métiers et des nouveaux rôles professionnels permis par ce cadre doit être accompagnée. La définition des modalités concrètes de développement de ces nouvelles formes de coopération est nécessaire dans un objectif de qualité.
- 4.2 La mise en place de ces nouvelles organisations du travail doit tenir compte des principes définis dans le document de la HAS « Bases méthodologiques pour la réalisation d'un cahier des charges ».
- 4.3 Il convient d'intégrer le développement des nouvelles formes de coopération dans le cadre des réflexions actuelles sur l'organisation des soins, et notamment celles concernant les parcours de soins.
- 4.4 Il est nécessaire d'évaluer l'impact des nouvelles formes de coopération sur l'ensemble du système de santé en termes de qualité des soins et d'efficience.

Introduction

Du fait des progrès de la recherche scientifique et des innovations cliniques et techniques, de l'émergence des problèmes de santé publique et, aussi, des transformations plus générales de la société, les métiers de la santé ont connu des changements majeurs. Le partage des rôles entre professionnels de santé, l'articulation des différentes interventions, la coordination des compétences professionnelles autour du patient sont en perpétuelle évolution.

Outre son inscription naturelle dans la dynamique de la médecine, cette évolution s'insère dans une conjoncture de tension prévisionnelle en termes de démographie professionnelle. 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.

Une nouvelle répartition des tâches entre professionnels permettant l'optimisation du « temps médical et paramédical disponible » pourrait offrir une perspective de réponse aux difficultés démographiques actuelles et à venir. Toutefois, les expériences internationales et l'analyse de la répartition territoriale de l'ensemble des professions de santé laissent penser que cela ne suffit pas à résoudre les questions liées à la démographie des professionnels de santé et notamment la question de la répartition territoriale des professionnels.

Néanmoins, 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. Cela implique une réflexion qui doit s'étendre, au-delà des coopérations entre médecins et infirmiers, 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.

Cette recommandation s'inscrit dans la problématique générale de l'amélioration de l'organisation des soins. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé sont définies comme :

- une nouvelle répartition de tâches existantes, dans une logique de *substitution* ;
- la répartition de nouvelles tâches, dans une logique de *diversification* des activités¹.

¹ En pratique, les expériences étrangères et l'évaluation des expérimentations françaises montrent que ces deux logiques ne sont généralement pas exclusives.

La genèse du projet

Cette recommandation se situe dans la lignée des travaux initiés depuis décembre 2003 par le ministre chargé de la Santé sur le thème des coopérations entre professions de santé à la suite du rapport 2002 de la mission « Démographie des professions de santé »².

Une première mission sur la coopération des professions de santé confiée au Pr Berland³ a permis : de définir un premier état de la question à partir de l'analyse de la situation internationale et d'une série d'auditions de professionnels de santé ; de préciser des modalités concrètes de lancement d'expérimentations sur les nouvelles formes de coopération. Le ministre chargé de la Santé a alors annoncé le lancement de plusieurs projets d'expérimentations portés par des équipes médicales volontaires. La loi d'orientation en santé publique du 9 août 2004, qui a été suivie par les deux arrêtés d'application de décembre 2004 (5 projets) et du 30 mars 2006 (10 nouveaux projets et 3 projets renouvelés), autorise la dérogation temporaire dans ce cadre expérimental.

L'ONDPS a encadré le travail de formalisation et d'évaluation des cinq premières expérimentations qui se sont déroulées en 2005. Le rapport d'évaluation publié par l'ONDPS en juillet 2006 conclut que « tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins »⁴. Ce rapport a, en outre, été suivi de dispositions législatives concernant l'organisation de la coopération dans certaines spécialités⁵.

L'arrêté du 30 mars 2006 étend la démarche expérimentale à 10 nouveaux projets avec la reconduction de 3 projets issus de l'arrêté de décembre 2004. Ce second arrêté permet d'élargir le champ observé et de compléter la nature des informations recueillies.

C'est dans ce cadre que le ministre chargé de la Santé a confié à la Haute Autorité de Santé une double mission :

- assurer le suivi de l'évaluation des expérimentations en cours en apportant aux promoteurs de ces expérimentations l'aide méthodologique et logistique nécessaire ;
- élaborer une recommandation générale dans ce domaine de la coopération entre professionnels de santé. Cette recommandation devra s'intéresser aux conditions des nouvelles formes de coopération : organisation des soins, formation des professionnels, etc. et devra porter sur : d'une part, les conditions de généralisation des expérimentations en cours ; d'autre part, sur une extension à l'ensemble du champ de la santé de la démarche.

Le travail de suivi, l'évaluation des expérimentations et la rédaction de la recommandation ont été assurés par la HAS, en coopération avec l'ONDPS.

² Cf. Berland Y, Gausseron T. Démographie des professions de santé. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2002, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000643/index.shtml>

³ Le Pr Berland a été chargé d'analyser les opportunités de coopérations qui peuvent être développées entre différentes professions de santé, d'un point de vue conceptuel mais en encourageant également des expérimentations dans divers domaines d'activité clinique. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. ONDPS, 2003 <http://www.sante.gouv.fr/ondps/>

⁴ Berland Y, Bourgeuil Y. Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé ONDPS, 2006, <http://www.sante.gouv.fr/ondps/>

⁵ L'une des expérimentations autorisée en décembre 2004 concernait le champ de la vision. Depuis, une disposition de la loi de financement de la sécurité sociale prévoit la réorganisation de l'activité des professionnels intervenant dans ce champ (article 54). Premièrement, les orthoptistes pourront exercer sur ordonnance médicale ou sous la responsabilité d'un médecin « notamment dans le cadre du cabinet d'un médecin ophtalmologiste ». Deuxièmement, « les opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de trois ans dans des conditions fixées par décret, à l'exclusion de celles établies pour les personnes âgées de moins de seize ans et sauf opposition du médecin ». Cette disposition fait suite à d'autres initiatives réglementaires modifiant les frontières entre différentes professions de santé dans des champs d'activité précis. Pour les exemples les plus récents, citons l'arrêté du 9 janvier 2006 autorisant les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire un nombre limité de dispositifs médicaux référencés et le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2007 proposant qu'un arrêté fixe, de la même manière, la liste de dispositifs médicaux qui pourraient être prescrits par les infirmiers (article 34).

La recommandation sur les conditions des nouvelles formes de coopération : méthode

L'élaboration de cette recommandation s'appuie sur la méthodologie définie par la HAS dans son rapport d'étape⁶.

Cette recommandation est le fruit d'une coopération entre la Haute Autorité de Santé et l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé. L'organigramme du projet est composé d'un comité de suivi et, pour la partie évaluation, d'un conseil scientifique (dont la composition est disponible dans l'annexe 6).

Le comité de suivi a pour mission le pilotage et le suivi des évaluations de la deuxième vague d'expérimentations et de la rédaction d'une recommandation sur la généralisation des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé.

Cette recommandation repose sur l'évaluation des expérimentations de coopération entre professionnels de santé (1^{re} et 2^e vague), l'analyse d'une enquête sur les pratiques actuelles de coopération, les travaux menés par trois groupes d'expertise et, enfin, la consultation publique sur un premier projet de recommandation.

L'évaluation des expérimentations

Les deux vagues d'expérimentations ont permis d'apporter deux grands types de résultats :

- des résultats quantitatifs liés à la qualité et à la sécurité des soins dispensés aux patients dans le cadre des nouvelles formes de coopération⁷ ;
- des résultats plus qualitatifs mettant en évidence les facteurs de réussite ou, le cas échéant, de blocage dans la mise en œuvre de ces nouvelles formes de coopération⁸.

Bien que les expérimentations soient relativement hétérogènes et que tous les résultats ne puissent pas être considérés de la même manière (certains apportant un éclairage local alors que d'autres apparaissent plus robustes), l'évaluation des expérimentations, réalisée par l'ONDPS pour la première vague et par la HAS pour la deuxième vague⁹, a permis de recueillir des éléments concrets sur les conditions de mise en œuvre et l'impact des nouvelles formes de coopération qui ont nourri cette recommandation.

L'enquête lancée sur les pratiques actuelles de coopération

En mai 2007, la HAS a lancé sur son site une vaste enquête concernant les pratiques actuelles de coopération entre professionnels de santé. Cette enquête, déclarative et sans discrimination des répondants, a permis de souligner l'intérêt des professions de santé pour cette question avec 334 témoignages. Ces témoignages semblent ainsi indiquer, dans certains secteurs, des pratiques de coopération relativement répandues bien qu'à la marge des pratiques officiellement autorisées.

⁶ Cf. Haute autorité de Santé. Conditions des nouvelles formes de coopération. Rapport d'étape. HAS, 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

⁷ Cf. Berland Y, Bourgeuil Y. Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé .ONDPS, 2006, <http://www.sante.gouv.fr/ondps/> et Haute autorité de Santé .Nouvelles Formes de Coopération - Évaluations quantitatives des expérimentations. HAS , avril 2008.

⁸ Cf. L'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé. HAS/CNEH, 2008, disponible sur le site de la HAS.

⁹ La HAS a procédé elle-même à l'évaluation quantitative et a sous-traité l'évaluation qualitative au Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH) sur la base d'un cahier des charges HAS.

La constitution de trois groupes d'expertise

Le comité de suivi a identifié trois facteurs déterminants en termes de développement des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : *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 terme¹⁰.

La consultation publique sur le projet de recommandation

La concertation et la mise en débat des orientations proposées ont constitué 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 son projet de recommandation, la HAS a pu recueillir les avis et attentes de l'ensemble des acteurs concernés. Ce matériau très riche (218 réponses) a été intégré dans cette version finale de la recommandation sur les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé (cf. annexe 4). Près de 80 % des 218 répondants ont évoqué, souvent très précisément, des activités qui pourraient être confiées à d'autres professionnels de santé ayant suivi une formation adaptée.

La recommandation est organisée en **quatre grands chapitres** :

1. une présentation des principaux enseignements des expérimentations françaises et des expériences internationales ;
2. un état des lieux sur les conditions de l'exercice des professions de santé et les opportunités et les limites au développement des nouvelles formes de coopération ;
3. les évolutions structurelles nécessaires à un développement plus ambitieux des nouvelles formes de coopération ;
4. les conditions de mise en œuvre des nouvelles formes de coopération garantissant la qualité du système de santé.

¹⁰ Les travaux des trois groupes ont été conduits en toute indépendance sous la responsabilité de leurs présidents respectifs. À ce titre, ils n'engagent que leurs auteurs. Cf. « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », rapport 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.

1 Les nouvelles formes de coopération : quels enseignements des expérimentations françaises et des expériences internationales ?

Les pratiques actuelles de coopération entre professionnels de santé peuvent être analysées à partir de trois grandes catégories :

- les nouvelles formes de coopération mises en œuvre dans le cadre des expérimentations lancées en décembre 2003 en France qui permettent notamment d'évaluer la faisabilité et la sécurité de ces pratiques ;
- les nouvelles formes de coopération, non reconnues, qui se développent de manière informelle en France et qui renseignent sur les opportunités d'évolution des pratiques ;
- et, enfin, les nouvelles formes de coopération instituées à l'étranger qui offrent une piste d'analyse intéressante quant à leur impact potentiel sur le système de santé.

1.1 Des expérimentations permettant d'évaluer la faisabilité et la sécurité des nouvelles formes de coopération en France

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 1). 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.

Les résultats de la première vague d'expérimentations ont été publiés en juin 2006 par l'ONDPS¹¹. Dans les cinq expérimentations évaluées, la réalisation d'actes médicaux par des professionnels paramédicaux préalablement formés apparaît faisable dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour les patients¹².

Au-delà de ce premier constat essentiel, l'évaluation de ces expérimentations souligne l'importance du contexte organisationnel. Ce dernier 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 met en évidence le caractère nécessairement progressif et limité du développement des nouvelles formes de coopération : il ne s'agit ni de mobiliser l'ensemble des professionnels paramédicaux dans le cadre de ces coopérations ni de considérer que l'ensemble des activités puisse relever de ces coopérations. Par exemple, le métier d'infirmière experte en hémodialyse ne concernerait qu'un pourcentage minime des infirmières aujourd'hui impliquées en dialyse.

¹¹ Cf. Berland Y, Bourgeuil Y. Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé .ONDPS, 2006, <http://www.sante.gouv.fr/ondps/>

¹² Cf. liste des expérimentations dans l'encadré 1

Encadré 1. Les expérimentations

La première vague d'expérimentations 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'examen 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 en 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).

L'évaluation des dix expérimentations de la deuxième vague confirme ces premiers enseignements¹³. 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.

Évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité

La faisabilité des protocoles de prise en charge est affirmée dans toutes les expérimentations, leur bon fonctionnement dans une organisation existante supposant toutefois le respect de certaines étapes d'intégration (cf. guide HAS sur la mise en place). Du point de vue des professionnels de santé, les pratiques développées sont d'autant mieux acceptées qu'ils ont été impliqués dans le projet dès le départ.

¹³ Cf. annexe 3 et rapports d'évaluation pour plus de détails

Du point de vue des patients, un seul refus de participer à l'expérimentation a été enregistré. Les conclusions des enquêtes de satisfaction réalisées dans 8 projets¹⁴ ou des entretiens auprès de patients ou d'associations de patients pour l'expérimentation menée par l'Établissement français du sang indiquent une forte acceptabilité des nouvelles formes de coopération, avec toutefois une tendance indiquant un niveau de confiance supérieur dans les projets portant sur des actes techniques¹⁵.

La qualité des soins appréhendée au travers de la sécurité

Dans quatre expérimentations, l'évaluation visait à tester dans quelle mesure deux professionnels appartenant à des catégories professionnelles différentes (un médecin et un autre professionnel de santé) pouvaient obtenir les mêmes paramètres, informations ou conclusions.

- ✓ Pour trois de ces expérimentations, l'évaluation met en évidence une forte concordance : l'évaluation de la situation du patient en neuro-oncologie ; la réalisation d'actes d'échographie par un manipulateur en électroradiologie et l'entretien pré-don du sang par un IDE. Dans ce dernier cas, les discordances observées étaient liées le plus souvent à une application plus forte du principe de précaution chez les professionnels paramédicaux.
- ✓ Concernant la réalisation d'une partie de l'échocardiographie par un professionnel non médecin, des écarts peu importants sont observés. Les médecins participant à l'expérimentation sont satisfaits des résultats obtenus. Toutefois, les répercussions de ces écarts en termes de résultats de santé pour le malade n'ont pas été évaluées.

La qualité des soins appréhendée au travers de la qualité du processus

Dans les expérimentations où une phase de routine a été étudiée, les médecins ont estimé la qualité des interventions des autres professionnels de santé, soit en jugeant de la fiabilité des informations recueillies pour poser un diagnostic, soit en jugeant de la pertinence des propositions de traitements ou d'exams complémentaires.

Les informations recueillies sont jugées complètes et satisfaisantes dans plus de 90 % des cas, dans toutes les expérimentations concernées : réalisation d'échographies, d'explorations fonctionnelles digestives et d'échocardiographies, suivi du patient en neuro-oncologie et en pathologie prostatique.

Les propositions de prise en charge sont jugées pertinentes à 100 % en neuro-oncologie et à 98 % en pathologie prostatique.

La qualité des soins appréhendée par l'impact pour le patient

Trois expérimentations mettent en place une évaluation fondée sur le suivi des paramètres biologiques ou cliniques des patients.

L'analyse des paramètres biologiques des patients dialysés en centre indique que la plupart des indicateurs de qualité de dialyse se sont améliorés sur les différentes périodes d'étude (expérimentation de Lisieux).

¹⁴CH Lisieux, clinique Pasteur à Toulouse, CHU de Rouen, CHU de Metz, service de neuro hôpital la Pitié-Salpêtrière, CHU de Lille, institut mutualiste Montsouris, ASALEE

¹⁵ Cf. Haute Autorité de Santé. Nouvelles formes de coopération - Évaluations quantitatives des expérimentations, HAS, avril 2008.

Dans l'expérimentation ASALEE, un impact positif de la participation de l'IDE en santé publique a été mis en évidence. Un nombre plus important de patients avec des valeurs cibles de HbA1c a été observé dans la population suivie par le dispositif ASALEE par rapport à la population témoin. Par ailleurs, on observe une meilleure conformité de la prise en charge du patient par rapport aux recommandations de bonne pratique (mesures régulières, fond d'œil, ECG).

L'expérimentation relative à une plus grande autonomie des diététiciens dans la prise en charge des patients souffrant de diabète de type 2 ne permet pas d'observer une différence significative entre le groupe de patients suivi par un diététicien et celui suivi par un médecin (expérimentation multicentrique impliquant les CHU de Nantes et d'Angers et les CH de La Roche-sur-Yon et de Châteaubriant). Toutefois, elle est limitée par une durée de suivi courte (3 mois).

Enfin, une quatrième expérimentation, relative au suivi des patients avec une hépatite chronique C, suggère un impact positif du suivi régulier par une infirmière sur l'adhésion des malades aux protocoles de traitement (expérimentation de Montélimar).

Un avantage économique lié à la présence d'une personne ressource supplémentaire et à un gain de temps médical

Les évaluations ne permettent pas de porter des conclusions générales sur un éventuel impact économique mais illustrent, par des exemples, l'opportunité économique des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Elle est liée : d'une part, à la présence d'une personne ressource supplémentaire qui permet de diversifier l'offre de soin ou d'augmenter la file active des patients ; et d'autre part, à la libération du temps du médecin.

Le gain de temps médical est estimé à 15-20 minutes par consultation en neuro-oncologie et pathologie prostatique, à 10 minutes en échographie et échocardiographie, et vraisemblablement de 15 à 45 minutes pour une exploration fonctionnelle digestive. Une étude spécifique compare l'activité des médecins en situation « standard » et en situation « expérimentale » dans le service d'hémodialyse de Lisieux. Elle met en évidence des activités médicales différentes : les médecins pouvaient assurer plus de consultations et certains actes techniques (pose de cathéter) en situation expérimentale.

Les expérimentations fondées sur une double consultation ou un double examen exploratoire indiquent des durées de réalisation plus élevées pour les autres professionnels de santé que pour les médecins. Par exemple, la durée de consultation en neuro-oncologie était un peu plus du double de celle du médecin (37 minutes et 17 minutes respectivement). Le contenu des consultations n'est vraisemblablement pas le même selon le professionnel qui les réalise¹⁶.

Une constatation identique peut être faite concernant la réalisation d'actes techniques. Par exemple, les échographies-Doppler étaient de 30 à 60 % plus longues pour un manipulateur, avec l'hypothèse d'un examen plus systématique (avec une visualisation de tous les organes et segments) que celui du médecin, orienté vers l'obtention d'un diagnostic radiologique ciblé. Les écarts en durée peuvent varier selon le site d'expérimentation. Ces écarts sont probablement liés à des protocoles de réalisation des examens différents.

¹⁶ D'après les expérimentateurs, cet écart s'explique par une anamnèse plus longue et la prise en considération d'aspects médico-sociaux par l'infirmière.

1.2 L'enquête sur les pratiques actuelles de coopération

L'enquête lancée par la HAS durant l'été 2007 sur les pratiques actuelles de coopération entre professionnels de santé montre qu'un certain nombre de coopérations informelles ont aujourd'hui lieu en France¹⁷.

Sur les 334 témoignages recueillis lors de l'enquête sur les pratiques actuelles de coopération entre professionnels de santé, plus de 180 concernaient des pratiques non reconnues. Ces dernières peuvent être distinguées selon leur nature :

- ✓ certaines coopérations relèvent d'une logique de substitution : renouvellement d'ordonnance par les pharmaciens pour certains patients atteints de maladie chronique, intervention infirmière dans l'aide urgente (sapeur-pompier et SMUR), réalisation par une infirmière d'un acte de cathétérisme vasculaire, dépistage par une infirmière puéricultrice des troubles de l'audition chez les nouveau-nés, prescription des aides techniques pour les ergothérapeutes, gestion de la douleur par les IADE, etc. ;
- ✓ d'autres s'inscrivent dans une logique de diversification de l'activité : ateliers d'éducation thérapeutique animés par des diététiciens pour les enfants et adolescents en surpoids, intervention de kinésithérapeute dans une démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques et des différents troubles posturaux, mise en place d'une consultation infirmière entre la consultation d'annonce pour les personnes souffrant d'insuffisance rénale et le démarrage du traitement, etc.

Les formes de coopération qui ont été relatées dans cette enquête concernent le plus souvent le suivi de patients atteints de maladie chronique, dans le cadre de procédures de prévention, d'éducation thérapeutique ou de traitement. Dans la moitié des expériences décrites, le suivi organisé sur le terrain comporte une phase de diagnostic de situation (dans 50 % des cas), de décision sur la suite de la prise en charge (dans plus de 60 % des cas) et de décision de prescription (52 % des cas). Par ailleurs, elles impliquent aussi la réalisation d'actes techniques dans plus de la moitié des cas.

La réalisation d'actes techniques dans le cadre de procédures de diagnostic telles que la réalisation d'endoscopie digestive a aussi été évoquée.

Enfin, il convient de noter qu'un certain nombre de pratiques, aujourd'hui mises en œuvre dans le cadre des SSIAD et de l'HAD, relèvent des nouvelles formes de coopération.

¹⁷ Cf. Haute Autorité de Santé. Les pratiques actuelles de coopération : analyse des témoignages des professionnels de santé, document de travail. HAS, décembre 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_pratiques_actuelles.pdf

L'analyse de ces témoignages permet aussi de distinguer :

- des expériences liées au développement de nouvelles activités qui se déroulent principalement en ville ;
- des expériences relevant plutôt d'un nouveau partage des rôles 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)¹⁸.

Ces témoignages suggèrent que, dans le secteur ambulatoire, 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, il semblerait que le cadre économique favorise plus naturellement les expériences de coopération allant dans le sens d'une substitution entre professionnels de santé plutôt que celles relevant du développement de nouvelles activités.

1.3 Les enseignements des expériences étrangères sur l'impact des nouvelles formes de coopération

Un certain nombre de pays ont, depuis longtemps, pensé et mis en œuvre des pratiques coopératives 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)¹⁹. Ces expériences, le plus souvent anglo-saxonnes, offrent une piste d'analyse intéressante pour réfléchir aux enjeux des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé en France²⁰.

Tout d'abord, elles montrent l'importance de l'environnement ainsi que de l'organisation de l'offre de soins et de la médecine de ville. 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 proposés aux patients. 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. À 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).

¹⁸ Cf. Haute Autorité de Santé. Les pratiques actuelles de coopération : analyse des témoignages des professionnels de santé, document de travail. HAS, décembre 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_pratiques_actuelles.pdf

¹⁹ Cf. annexe 1.

²⁰ Cf.. « Les enjeux économiques des nouvelles formes de coopération ». rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum, 2007, en particulier la contribution sur « Les enseignements des expériences internationales » incluant notamment les références bibliographiques.

Nonobstant des contextes et des enjeux différents, les expériences américaines et anglaises permettent de dégager des enseignements généraux utiles quant à l'impact potentiel des nouvelles formes de coopération.

- Améliorer la qualité des soins

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).

- Répondre aux tensions de démographie professionnelle

Les coopérations peuvent aussi permettre de faire face à des insuffisances du nombre de médecins grâce à une utilisation plus efficiente des compétences disponibles (cf. annexe 2 sur le contexte démographique français). 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, dans le contexte français elles ne permettront probablement 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.

- Améliorer l'efficience du système de santé

En termes de coût, 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. Il importe donc de raisonner en termes d'efficience plutôt que d'économies.

- Valoriser les compétences professionnelles

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).

2 Le développement des nouvelles formes de coopération : opportunités et limites du cadre actuel d'exercice

La question du développement de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé 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.

Ce chapitre propose tout d'abord une analyse du cadre d'exercice des professions de santé défini par la formation initiale des professionnels, les conditions juridiques de leur exercice et, en particulier, la définition juridique des professions de santé et, enfin, le contexte économique de cet exercice.

Une deuxième section est consacrée aux aménagements de ce cadre qui pourraient permettre le développement des nouvelles formes de coopération.

Enfin, la troisième section met en évidence les limites de ces aménagements, les freins au développement des nouvelles formes de coopération étant structurels et ne pouvant être levés sans une véritable rénovation du cadre d'exercice.

2.1 L'exercice des professions médicales et paramédicales aujourd'hui : formation, contexte juridique et économique

Le Code de la santé publique distingue trois grandes catégories de professions de santé²¹ :

- ✓ 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).

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

En ce qui concerne les médecins, la formation, le cadre juridique et les conditions économiques d'exercice mettent l'accent sur l'autonomie et l'indépendance. Cette profession bénéficie d'une reconnaissance universitaire, d'une exception générale au principe de protection de l'intégrité corporelle et de la capacité à engager des dépenses financées collectivement. Les conditions d'exercice légales et économiques des autres professions de santé sont, le plus souvent, définies en référence à celles des médecins.

²¹ Il convient d'ajouter à cette liste une dernière profession, organisée par l'ordonnance du 19 septembre 2000 : le conseiller en génétique.

2.1.1 Des conditions de formation initiale qui créent d'emblée une séparation entre les différentes professions de santé

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. Cette formation est à la fois théorique et pratique pour l'ensemble des professions de santé.

Celle des médecins se caractérise par la longueur de son cursus. Elle se fait en 9 à 11 ans au cours de trois cycles d'études. 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 dure en moyenne trois ans, une partie de ce temps – comme pour les autres professions de santé – étant consacrée 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 supplémentaires 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 2 500 heures de stage. Elles permettent, notamment, d'accéder à la catégorie A de la fonction publique.

On peut noter un rapprochement récent entre les études médicales et celles des auxiliaires médicaux : 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.

Les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les orthophonistes, les orthoptistes et les conseillers en génétique suivent une formation universitaire qui dépend de l'enseignement supérieur²² ; les autres professions suivent une formation professionnelle sous l'égide du ministère de la Santé.

Au final, il apparaît que les formations proposées aux professions de santé sont marquées par un écart important en termes de **durée** (9 à 11 ans pour les médecins et 3 ans le plus souvent 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 sans possibilité d'évolution autre que managériale). Cette organisation singulière – les autres professions étant généralement structurées autour d'un *continuum* de qualification (brevet professionnel, technicien, ingénieur, docteur) – ne reconnaît que très partiellement le besoin en qualifications intermédiaires²³.

²² La formation des orthophonistes et des orthoptistes relève aussi de l'université dans le cadre d'une capacité nationale.

²³ 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.

2.1.2 Un cadre légal d'exercice qui entérine cette séparation

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 à l'article 16-3 du 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 cette organisation n'est pas fondée 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 interventions des autres professionnels de santé sont, pour leur part, conçues comme des dérogations à ce monopole (cf. encadré 2). 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 3).

Encadré 2. Délégations et transferts : des difficultés juridiques importantes

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 autres²⁴.

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 qui appartiennent à lui seul sur le plan légal, 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 »²⁵. Cet arrêté a été pris sur le fondement des dispositions du Code de la santé publique relatives à l'exercice illégal de la médecine. Cela veut dire que les possibilités légales d'intervention des auxiliaires médicaux sont déterminées au regard d'une liste limitative d'actes énumérés par l'arrêt du 6 janvier 1962²⁶.

²⁴ Cf. Haute Autorité de Santé. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques, Rapport du groupe de travail présidé par Claude Evin, décembre 2007 ; http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_aspects_juridiques.pdf

²⁵ 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. »

²⁶ Par exemple, dans le cas de la profession infirmière, cette liste comprend 109 actes.

Encadré 3. 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 2, 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 3 :

« 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 » 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.

2.1.3 Des modes de rémunération des professionnels de santé relativement rigides

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.

Dans le secteur ambulatoire, l'offre de soins comprend à la fois des soins de premier recours assurés 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 ainsi 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 professionnel²⁷.

On peut distinguer deux grands groupes d'actes pour les médecins :

- les actes techniques, identifiés dans la nomenclature ;
- les actes cliniques, inclus de manière forfaitaire dans le tarif des consultations (c'est-à-dire qu'il n'est pas possible d'isoler, au sein d'une même consultation, les différents actes cliniques qui la composent).

En matière d'actes cliniques, il convient de souligner que la rémunération d'une consultation n'est liée ni à son niveau de difficulté ni à sa durée. Par exemple, une première consultation est facturée de la même façon qu'une consultation de suivi ou de renouvellement d'ordonnance²⁸. Cela signifie que les consultations médicales les plus simples et les plus rapides – qui sont aussi celles qui sont considérées comme pouvant être éventuellement réalisées par un autre professionnel de santé – 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.

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. 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 2²⁹. 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. Si quelques opportunités existent à mode de rémunération constant – et, en particulier, pour les actes techniques – des évolutions du mode de rémunération des professionnels de santé semblent toutefois nécessaires.

²⁷ Article 4.1.1.4 de la Convention médicale de février 2005.

²⁸ 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).

²⁹ L'augmentation d'activité de 30 % liée à la coopération permet, dans ce cadre, de rémunérer l'orthoptiste.

À 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 standard normés³⁰ ou pour lesquelles l'entité de base de facturation (GHS, forfait) est homogène médicalement (ex : dialyse, chimiothérapie) – ne tient pas compte de la structure des personnels et de son évolution³¹. Elle peut ainsi permettre aux établissements d'engranger des gains de productivité liés à la répartition des activités entre professionnels de santé du fait de la différence de salaire entre les médecins et les professionnels paramédicaux³².

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).

2.2 Des aménagements possibles du cadre d'exercice...

L'intérêt des professionnels de santé pour les nouvelles formes de coopération est indéniable. Ceux qui se sont lancés dans les expérimentations ont accepté un investissement conséquent : la mise en place de nouvelles formes de coopération suppose une phase d'apprentissage commun de l'ensemble des professionnels impliqués, des formations pour les professionnels paramédicaux auxquels on confie de nouvelles tâches...

L'enquête sur les pratiques actuelles de coopération menée par la HAS met en évidence de nombreuses expériences informelles concernant, par exemple, le suivi de malades chroniques ou la réalisation d'actes techniques³³.

Enfin, lors de la consultation publique lancée par la HAS sur son projet de recommandation, de nombreux professionnels ont identifié des activités aujourd'hui réalisées par un médecin qui pourraient être confiées à d'autres professionnels de santé (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes ou encore pharmaciens)³⁴.

³⁰ 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 24 h/24. À 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'euros.

³¹ 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.

³² Cf. « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum, Décembre 2007 et en particulier la contribution de R. Cash.

³³ Cf. Les pratiques actuelles de coopération : analyse des témoignages des professionnels de santé, document de travail. HAS, décembre 2007.

³⁴ Cf. annexe 4 : les résultats de la consultation publique

Ces initiatives et cet intérêt doivent, aujourd'hui, trouver un écho auprès des différentes institutions du monde de la santé. L'aménagement du cadre d'exercice actuel peut apporter un certain nombre de réponses à ces professionnels. 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 (plutôt dans une logique de substitution) 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 (dans une logique de diversification)³⁵.

2.2.1 La réalisation d'actes précis : une adaptation à la marge 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.

Il est ainsi 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. 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.

Par ailleurs, en termes de formation des professionnels à la réalisation de ces nouveaux 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. Ces diplômes, aujourd'hui relativement hétérogènes³⁶, pourraient constituer, sous réserve d'un minimum d'harmonisation, une voie d'accès pour les professionnels paramédicaux à un plus haut niveau de connaissance et d'expertise.

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

Ainsi, en ville, certains actes peuvent donner lieu à une prise en charge à travers la nomenclature des actes libéraux sans difficultés majeures dès lors que des règles de bonne pratique concernant les modalités d'accès aux professionnels paramédicaux sont édictées. 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 professionnels³⁷. Cependant, même si le médecin reste le prescripteur initial, la question du renouvellement de cette prescription dans le cadre d'un protocole mérite d'être abordée.

À 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 auraient 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.

³⁵ 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.

³⁶ Les volumes horaires de formation sont compris entre 70 et 150 heures et les contenus vont de la réalisation d'actes précis (en dialyse par exemple) à des réflexions plus générales (éthique par exemple). cf. La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », rapport du groupe de travail présidé par Yvon Berland, décembre 2007.

³⁷ 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.

2.2.2 Le développement des coopérations dans le cadre de prises en charge spécifiques : des aménagements avant tout économiques

Certaines expériences de coopération entre professionnels de santé ne posent pas de problèmes majeurs liés au cadre juridique actuel. En effet, les infirmiers se voient actuellement reconnaître la possibilité de faire 109 actes, dont un certain nombre liés 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.

À ce titre l'expérimentation « Asalée » qui a permis d'évaluer l'intervention d'une infirmière de « santé publique » dans le suivi de patients diabétiques de type 2 dans des cabinets de médecine générale montre qu'un 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 dans le secteur ambulatoire. En effet, le paiement à l'acte des professionnels ne permet pas de valoriser une prise en charge pluridisciplinaire alors même que cette prise en charge est, au final, largement compatible avec les textes régissant le champ d'intervention des infirmières³⁸.

En matière de formation, le développement de ce type de coopérations implique probablement de définir des niveaux de compétence aujourd'hui peu investis, entre les médecins et les professionnels paramédicaux. À ce titre, il peut être utile de s'appuyer, au moins dans un premier temps, sur l'expérience et les parcours professionnels. En effet, depuis la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, il est possible d'obtenir un diplôme par la voie de l'expérience avec la VAE (validation des acquis de l'expérience).

2.2.3 Le cas particulier des professionnels ayant participé aux expérimentations sur les nouvelles formes de coopération

Les entretiens menés auprès des équipes ayant participé aux deux vagues d'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 apparaît donc souhaitable de permettre, très rapidement, aux professionnels ayant participé aux expérimentations d'inscrire cette organisation dans leurs pratiques courantes, non pas dans un cadre expérimental mais dans un cadre dérogatoire permanent. Pour cela, les professionnels doivent en manifester le souhait et les évaluations réalisées par l'ONDPS ou par la HAS doivent montrer des résultats satisfaisants.

³⁸ 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.

2.3 ... mais qui restent insuffisants pour promouvoir une vision plus ambitieuse

Bien que des évolutions soient possibles 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'expertise³⁹ 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 politique globale de formation des professionnels de santé liée à l'éclatement des systèmes de formation ne permettant pas d'harmoniser les modules de formation et d'assurer, à terme, des passerelles ;
- ✓ l'absence de reconnaissance, notamment par des autorisations spécifiques d'exercice, des diplômes éventuels des professionnels paramédicaux au-delà de la formation initiale et la rigidité du cadre d'exercice liées à l'exigence de définition légale des actes autorisés aux paramédicaux ;
- ✓ les difficultés en termes d'équilibre économique, notamment pour les nouvelles formes de coopération relevant plutôt d'une logique de diversification, pour les professionnels libéraux liées au paiement exclusif à l'acte ;
- ✓ l'absence de valorisation financière de toute évolution du niveau de compétences et de responsabilité liée à la définition des statuts par le niveau de qualification. Par exemple, dans le secteur public hospitalier, si l'établissement peut trouver un intérêt à ces nouvelles formes de coopération, 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. À 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 rénové, tant au niveau de la formation des professions de santé qu'à celui de leurs conditions, économiques et juridiques, d'exercice.

³⁹ Cf. « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », rapport 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.

3 Pour un cadre rénové créant des conditions favorables au développement des nouvelles formes de coopération

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 doivent être pensées de manière conjointe : l'évolution de la formation n'a de sens que si le cadre juridique et économique reconnaît ces nouvelles formations et inversement l'évolution du cadre juridique n'a de sens que si des professionnels de santé disposent effectivement des niveaux de formation idoines.

3.1 Renforcer l'offre de formation pour les professionnels de santé

Partant du constat que les conditions de formation des différents professionnels de santé offrent aujourd'hui peu de passerelles et sont marquées par la quasi-absence de formations intermédiaires entre les professions médicales et paramédicales, il convient de renforcer l'offre de formation pour les professionnels de santé. Des réflexions associant les professionnels et les pouvoirs publics sont indispensables afin de définir des référentiels de formation actualisés et prospectifs prenant en compte la pratique réelle et les besoins en termes de compétences. Il s'agit, en particulier, de permettre à certaines professions de développer à un niveau master des expertises et compétences répondant aux besoins de santé publique actuels et à venir.

3.1.1 Associer les professionnels de santé aux grands chantiers concernant l'évolution de leur profession et de leur formation

Première étape de la mise en œuvre d'un cadre rénové pour la formation des professionnels de santé, une large concertation avec les professions et les ordres concernés doit permettre de les associer aux réflexions et travaux sur l'évolution des formations existantes et la création de nouvelles spécialités cliniques demandant des connaissances et un savoir-faire plus approfondis.

L'analyse de ces connaissances et savoir-faire approfondis est au cœur de l'évolution des formations proposées aux professionnels de santé. Cette analyse permet, en effet, de construire des référentiels métiers et compétences sur lesquels s'appuyer pour développer des formations adaptées aux enjeux.

Selon que ces référentiels s'appliquent à des métiers existants ou non, deux méthodes peuvent être distinguées.

Pour les métiers existants, la définition des référentiels métiers et compétences comporte deux étapes :

- l'analyse des situations de travail et de la pratique réelle des professionnels de santé ;
- l'identification des compétences nécessaires pour assumer ces activités et correspondant aux exigences attendues par les titulaires des diplômes.

Pour les *nouveaux métiers*, ces réflexions impliquent une étape préalable de définition. Il s'agit alors de construire un cadre d'élaboration de ces nouveaux métiers qui tienne compte de l'évolution des besoins dans les domaines de la santé et du social, des évolutions de la démographie des professions de santé et de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences⁴⁰. Ces réflexions doivent nécessairement associer l'État et les représentants des professions concernées. Elles doivent, en outre, permettre d'affirmer, ou non, le lien entre niveau de formation et nouveaux métiers, les observatoires des métiers de la santé liant, pour leur part, la reconnaissance des nouveaux métiers à celle de compétences relevant d'un niveau master.

3.1.2 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, en mettant en évidence des savoir-faire ou des connaissances partagées ou spécifiques par métiers, devrait faciliter la mise en place de contenus de formation pour partie communs et surtout des passerelles devenues nécessaires entre les métiers. Il convient aussi d'intégrer à ces réflexions les évolutions envisagées pour les professionnels de santé au niveau européen et surtout les enjeux liés à la mise en œuvre du dispositif LMD (Licence-Master-Doctorat).

Ainsi, la structure des cursus de formation des professionnels paramédicaux doit au moins tenir compte de trois niveaux de compétences :

- Le premier niveau regroupe les compétences communes et nécessaires à une bonne pratique du métier 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 à la liste des actes réalisés par ces professionnels sans que cela 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 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 de ces compétences nécessite une formation spécifique, structurée et évaluée, donnant lieu à une certification, et relativement courte. Cette formation peut correspondre à un diplôme d'université (DU)⁴¹, 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 théorique (anatomie, physiologie par exemple) et pratique (réalisation de l'acte).

⁴⁰ 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.

⁴¹ 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.

- Le troisième niveau correspond à une formation longue donnant lieu à un diplôme de *niveau master*. Les compétences à acquérir sont de nature différente et constituent un nouveau métier (préalablement défini avec un référentiel métier idoine). En particulier la formation 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). Il s'agit de confier aux professionnels des segments de prise en charge : évaluation clinique, diagnostic de situation, prescription (conseils, éducation, médicaments, examens...) ou 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).

Cette démarche permet de rendre visible l'existence de niveaux de maîtrise différents au sein d'un même champ (schématiquement, le soin, la rééducation et le médico-technique). 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. En outre, elle représente une opportunité de développement de formations regroupant des étudiants de différentes filières (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, par exemple), ce dernier élément étant de nature à favoriser les coopérations ultérieures.

Dans un souci de cohérence, cette hiérarchisation en trois niveaux devra prendre en compte les spécialités existantes dans le métier infirmier (IADE, IBODE et puéricultrice), 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, en rééducation ou dans le domaine médico-technique et fournissant des corps d'enseignants (avec à moyen/long terme le développement de masters de recherche et de doctorats).

3.1.3 Organiser les formations à partir de référentiels

S'il semble indispensable de redéfinir les formations offertes aux professionnels de santé, la question des opérateurs chargés d'assurer cette formation est entière⁴². Dans ce cadre, il est possible de s'appuyer sur les référentiels de formation, construits à partir des travaux sur les métiers et les compétences. Ils pourraient alors constituer les « cahiers des charges » confiés aux opérateurs de la formation afin que les contenus, y compris pour les masters, soient adaptés aux besoins et compétences attendues dans l'ensemble du champ soignant.

De plus, il importe 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 (LMD : Licence-Master-Doctorat) 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'applique⁴³ – soit être accessibles en formation initiale – le financement étant alors assuré selon le droit commun.

⁴² En effet, le développement d'une offre de formation de niveau master conduit à associer l'université, aujourd'hui en retrait dans la formation des professionnels paramédicaux. Toutefois, la question du partage des rôles entre instituts de formation et université dépasse le cadre de la présente recommandation.

⁴³ Dans le secteur public, l'ANFH devenue « organisme paritaire agré » (OPCA) devra être sollicitée sur le plan national et par les institutions au travers des plans de formation et pour le secteur privé, tous les OPCA seront consultés afin de trouver des modalités de partenariats.

3.2 Redéfinir 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 des évolutions plus importantes. 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.

3.2.1 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) et des professions de la pharmacie – en fonction de types d'interventions ou de missions, bornées par certains critères.

Une telle évolution fait écho à certains exemples étrangers, notamment en Grande-Bretagne, en Suède et dans certaines provinces du Canada. Les infirmiers sont, dans ces États, 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 missions⁴⁴.

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.

L'exemple des sages-femmes montre qu'une organisation des professions autour des missions, au-delà des seuls actes, est possible (cf. encadré 4). Si la notion de mission d'intervention est centrale, il n'apparaît pas souhaitable de proposer un modèle « pur » de définition des professions. Un modèle mixte, reposant sur une logique « mission-limites » et faisant 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, semble plus pertinent.

La définition des missions et des limites peut alors 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 le mode exclusif d'autorisation d'intervention d'un professionnel sur le corps d'un patient.

⁴⁴ Cf. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec. Paris : IRDES, 2005.

Encadré 4. La définition des professions de santé par leurs missions : l'exemple des sages-femmes

En France, l'exercice de la sage-femme prévoit 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 fixées par le code de déontologie de la profession.

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

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.

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.

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 peut rester plus centrée sur la réalisation de certains actes précis.

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

De telles évolutions de définition des compétences impliquent certaines modifications des textes législatifs et réglementaires, qui concernent notamment le droit des professions de santé. Un travail de fond, intégrant la participation étroite des professionnels de santé et de leurs représentations apparaît souhaitable. Ce travail pourrait, à terme, déboucher sur des évolutions des textes et notamment de 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.

Par exemple, les deux modifications suivantes pourraient être apportées à l'article L. 4161-1 du Code de la santé publique⁴⁵ :

- supprimer du premier alinéa la formule : « 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 » ;
- modifier le second alinéa en remplaçant la formule « dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État 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 ».

Les alinéas 1 et 2 de l'article L. 4161-1 seraient donc rédigés comme suit :

- alinéa 1 : « Exerce illégalement la médecine : 1^o Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin (...) » ;
- alinéa 2 : « Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux personnes qui accomplissent leurs missions professionnelles dans les conditions déterminées par la loi ».

Le système proposé implique une perte d'importance des « décrets d'actes » mais il ne signifie pas leur disparition. En effet, si les listes d'actes inclus dans les décrets ne sont plus, pour certaines professions, limitatives, ces décrets perdront, *ipso facto*, de leur importance.

D'autres normes réglementaires pourront, cependant, prendre le relais : les codes de déontologie. Il en est ainsi, en effet, à l'heure actuelle, en ce qui concerne la profession de sage-femme, dont le code contient des règles relatives à la « coopération » entre ces professionnels et les médecins.

3.2.3 Aménager les règles déontologiques des professionnels de santé

Les déontologies médicale et infirmière sont l'ensemble des droits et des devoirs inhérents à l'exercice de ces professions, définis et sanctionnés par les ordres respectifs. Ces déontologies constituent un code d'exercice professionnel. 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.

Les nouvelles formes de coopération impliquent l'intervention des différents ordres et une évolution des règles déontologiques, tant pour les médecins que pour les autres professionnels de santé⁴⁶.

Ainsi, sur le modèle des sages-femmes, il conviendrait d'étendre à l'ensemble des professionnels de santé le devoir déontologique selon lequel ils sont tenus d'évaluer les limites de leurs compétences et de ne pas effectuer d'actes ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent ces limites. Le professionnel qui s'aperçoit que les symptômes du patient ne relèvent pas de sa compétence est tenu d'adresser immédiatement le patient à un médecin compétent. La méconnaissance de cette règle est sanctionnée disciplinairement par l'ordre concerné. Les fondements éthiques d'une telle régulation représentent, de plus, un réel avantage en termes d'acceptabilité par les professionnels de santé.

⁴⁵ Ces propositions mettent en évidence des pistes de travail pour une refonte du cadre juridique d'exercice des professions. Une analyse juridique plus précise est toutefois nécessaire à leur mise en œuvre effective.

⁴⁶ À ce titre, la création de l'ordre infirmier est de nature à faciliter cet aménagement.

Une telle règle devra se traduire 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 du professionnel de santé. 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 la loi.

Les nouvelles formes de coopération entraînent aussi une évolution des devoirs déontologiques des médecins confiant la réalisation de certaines activités à d'autres professionnels de santé. Le médecin doit alors apprécier les limites des compétences de cet autre professionnel de santé en fonction de la pathologie. Il pourrait, le cas échéant, être tenu de répondre disciplinairement de la pertinence de cette décision. La faute caractérisée peut être constituée si la réalisation de l'acte par cet autre professionnel de santé est de nature à exposer le patient à un risque particulièrement grave en raison de l'intervention de ce dernier.

3.2.4 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.

À 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 les assurances, 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.

3.3 Adapter les modalités de financement et de rémunération

Les conditions de financement et de rémunération des professionnels de santé constituent des facteurs essentiels pour 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. À 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, en ville comme à l'hôpital, il importe de tenir compte des activités liées à la coordination.

3.3.1 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 forfaitaires (saliariat ou capitation) ou au moins mixtes (c'est-à-dire avec un paiement à l'acte et un paiement forfaitaire)⁴⁷. 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 ; en effet, celle-ci peut, ou non, 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.

Tout d'abord, 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 sous réserve de se prémunir contre le risque d'une multiplication de ces actes.

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 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 prendre la forme :

- soit 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 ;

⁴⁷ Cf. « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum, décembre 2007 et notamment la contribution de Y. Bourgueil, S. Chambaretaud, A. Marek et J. Mousques.

- soit 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 collaborateur⁴⁸. 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 sans doute indispensable de procéder à des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération afin de déterminer précisément l'impact des différents schémas possibles sur le développement des nouvelles formes de coopération.

Par ailleurs, 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.

3.3.2 Modifier les conditions de rémunération des professionnels à l'hôpital

L'introduction de métiers nouveaux à l'hôpital et l'élargissement des activités assurées par certains professionnels paramédicaux demandent 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.

3.3.3 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 »⁴⁹.

À 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.

⁴⁸ Cf. « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », Rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum, décembre 2007, et notamment la contribution d'Y. Bourgueil, C. Cases, P. Le Fur.

⁴⁹ Le développement des activités de coordination doit se traduire par un financement spécifique au moins à court terme, les économies potentielles qui pourraient se 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 comorbidités 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.

4 Pour un développement des nouvelles formes de coopération qui améliore la qualité du système de santé

Les évolutions du cadre d'exercice des professions de santé présentées dans la section précédente sont indispensables pour créer des conditions favorables au développement des nouvelles formes de coopération.

Une fois ces évolutions structurelles actées, il importe de se doter d'outils d'accompagnement ou de mobiliser les dispositifs existants afin que la qualité en santé reste au cœur de cette évolution. Si le développement des nouvelles formes de coopération repose sur l'implication des professionnels de santé, il nécessite néanmoins un encadrement institutionnel afin de garantir la qualité du processus.

Premièrement, il convient d'articuler les innovations professionnelles, la formalisation des nouvelles pratiques et l'évolution des métiers.

Deuxièmement, la mise en place de ces nouvelles organisations du travail doit tenir compte des bases méthodologiques présentées dans le document de la HAS sur l'intégration des nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante⁵⁰.

Troisièmement, il convient d'intégrer le développement des nouvelles formes de coopération dans le cadre des réflexions actuelles sur l'organisation des soins, notamment celles concernant les parcours de soins.

Quatrièmement, il est nécessaire d'évaluer l'impact des nouvelles formes de coopération sur l'ensemble du système de santé en termes de qualité des soins et d'efficience.

4.1 Articuler innovations professionnelles, encadrement des nouvelles pratiques et évolution des métiers

L'encadrement institutionnel des nouvelles formes de coopération doit permettre d'articuler innovations professionnelles, formalisation des nouvelles pratiques et évolution des métiers. En effet, comme le montrent l'évaluation des expérimentations et les expériences internationales, les nouvelles formes de coopération ne concernent ni tous les professionnels de santé ni toutes les activités. Elles ne doivent donc pas être recherchées par principe mais bien dans un souci d'amélioration de la qualité ou de la capacité de l'offre de soins à répondre aux besoins de la population.

Le processus de définition d'un nouveau métier ou de l'évolution des rôles professionnels peut venir d'une décision ministérielle (création du métier de conseiller en génétique), résulter d'un arbitrage entre plusieurs groupes professionnels, ou partir des innovations portées par des professionnels de santé ou des associations de malades. À ce titre, la démarche d'expérimentation initiée depuis 2003, constitue une formalisation, voire une accentuation de pratiques innovantes. Quelle que soit l'origine de la démarche, les nouveaux rôles ou nouveaux métiers doivent s'inscrire dans un processus désormais commun à l'ensemble des professions de santé qui comprend l'élaboration de référentiels d'activité et donc de référentiels de compétences constituant le socle permettant de bâtir le contenu des formations et des processus de VAE permettant d'accéder aux qualifications nécessaires pour exercer. C'est ensuite dans le cadre

⁵⁰ Cf. Bases méthodologiques pour la rédaction d'un cahier des charges. HAS, avril 2008, disponible sur le site de la HAS

juridique nouveau que devront s'inscrire les formations suivies par les professionnels candidats. Les professionnels diplômés de ces formations auront alors les compétences requises pour assumer leurs nouveaux rôles et nouvelles responsabilités.

Le choix des secteurs d'activité et des métiers devant faire l'objet de cette élaboration doit être piloté par l'État.

En amont, le processus de définition des référentiels d'activité et de compétences, doit pouvoir s'appuyer sur une formalisation structurée des innovations professionnelles pour être en mesure de s'adapter aux évolutions permanentes de la pratique et des besoins de santé. Au niveau local, tout d'abord, ces projets ont besoin d'être reconnus et accompagnés : projet médical de pôle dans le secteur hospitalier et structure d'appui à mettre en place dans le secteur ambulatoire. Au niveau régional, il est important que les acteurs promoteurs puissent être conseillés et soutenus. On peut ainsi penser aux ordres régionaux, aux comités de protection des personnes (CPP), aux universités et facultés de médecine et enfin aux futures ARS. Enfin, compte tenu de la nouveauté de la démarche, il est pertinent que les projets puissent être connus et colligés au niveau national. Une information systématique de l'Académie de médecine, des sociétés savantes et ordres concernés, permettrait d'initier une réflexion professionnelle collective. La centralisation des protocoles et des résultats de l'évaluation pourrait créer les conditions nécessaires à une évaluation globale ultérieure.

Cet encadrement institutionnel, qui doit être suffisamment souple pour ne pas décourager toute velléité d'innovation, permettra d'alimenter la construction de référentiels d'activité et de compétences, essentiels à l'évolution des métiers. En effet, le développement de l'offre de formation proposé dans le troisième chapitre de cette recommandation devra être nourri de manière continue par les pratiques professionnelles.

Pour pouvoir se traduire dans les faits par une évolution effective des rôles professionnels et des organisations de soins, l'insertion des professionnels ayant acquis les compétences nécessaires doit également être accompagnée en aval du processus de formation, notamment par une adaptation des textes régissant l'exercice professionnel.

4.2 Accompagner les professionnels de santé dans la mise en œuvre de ces coopérations

L'analyse des expérimentations menées entre 2004 et 2007 permet de définir les grandes étapes de la mise en œuvre des nouvelles formes de coopération. Ces grandes étapes – décrites plus précisément dans le guide HAS sur la mise en œuvre des nouvelles formes de coopération – sont apparues, dans les expérimentations, comme des facteurs clés de réussite sur le terrain. Il convient donc que les professionnels désirant s'engager dans ces projets y prêtent une attention particulière⁵¹.

- **Anticiper les freins**

Les médecins et paramédicaux peuvent s'inquiéter, les uns comme les autres, de changements qui touchent à leur identité professionnelle. Il convient donc de ne pas leur imposer la démarche, mais, au contraire, de prévenir leurs réticences en échangeant avec eux et en les associant dès le départ au projet.

⁵¹ Cf. « Bases méthodologiques pour la rédaction d'un cahier des charges ». HAS, avril 2008, disponible sur le site de la HAS

- **Formaliser le projet**

Autre préalable indispensable : la formalisation de la démarche. Il s'agit de préciser les rôles et les responsabilités de chacun, les objectifs et les conditions de réalisation, mais aussi les moyens nécessaires à la bonne marche du projet. Une fois que le cadre est bien défini, des protocoles de travail pourront être rédigés.

- **Créer un environnement favorable**

Les locaux et les plannings doivent être adaptés à la nouvelle organisation, de manière à optimiser l'itinéraire de prise en charge du patient. Des outils de coordination doivent également être mis en place. Et, lorsque les changements risquent de se traduire par une augmentation de la charge de travail, il faut prévoir des moyens humains complémentaires.

- **Formation**

Les paramédicaux volontaires pour participer à ces nouvelles formes de coopération doivent suivre une formation théorique sur la pathologie concernée et une formation pratique par compagnonnage avec le médecin qui travaillera en binôme avec eux.

- **Évaluation**

La démarche, une fois mise en place, ne doit pas rester figée. Pour l'améliorer, il convient de l'évaluer, au travers par exemple des dispositifs existants d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de certification des établissements de santé, mais aussi de réunions de réflexion organisées avec les équipes concernées.

4.3 Lier le développement des coopérations et les réflexions sur l'organisation des soins

En raison de leur impact attendu 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.

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 non médicaux.

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* ».

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.

4.4 Évaluer les nouvelles formes de coopération de manière globale

Le développement des nouvelles formes de coopération s'inscrivant dans une dynamique d'amélioration de la qualité des soins, il importe de se donner les moyens de savoir, à terme, si elles ont effectivement permis de répondre à ces enjeux et d'en connaître le coût.

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. Une des premières priorités sera donc d'identifier leur impact sur l'offre de soins. Ces processus peuvent ainsi s'accompagner d'une diversification des activités conduisant 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.

L'impact des nouvelles formes de coopération en termes d'amélioration de la qualité des soins doit aussi pouvoir être apprécié. 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). La probabilité de réaliser, par le biais des coopérations, des économies en matière de dépenses de santé apparaît donc faible à court terme. Cela implique que les coopérations ne soient pas recherchées au titre du seul principe d'économies mais dans des perspectives d'efficacité économique accrue, c'est-à-dire d'un rapport favorable, étayé et justifié, entre les résultats et les moyens mobilisés.

5 Conclusion

L'articulation des différentes interventions et compétences professionnelles autour du patient est un déterminant fondamental pour la qualité des soins. Dans un contexte marqué par l'apparition de nouveaux « besoins » de santé, par l'évolution de la demande adressée aux professionnels, par des progrès technologiques importants, et enfin, par l'importance croissante des enjeux d'efficacité et de démographie en santé, l'organisation de la répartition des tâches entre professionnels mérite une attention toute particulière.

En effet, les nouvelles formes de coopération constituent une opportunité d'évolution du système de santé :

- si l'on ne peut attendre de ces nouvelles formes de coopération une 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'efficacité du système de santé ;
- elles représentent un élément clé 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 (soin infirmier, rééducation ou domaine médico-technique) ;
- en contribuant à développer l'exercice pluriprofessionnel, 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.

Cependant, les nouvelles formes de coopération se heurtent à des freins importants liés aux modalités de formation et au cadre d'exercice des professions de santé. Des évolutions structurelles apparaissent souhaitables. Cette recommandation propose de favoriser le développement de ces nouvelles formes de coopération dans un objectif d'amélioration de la qualité du système de santé grâce à :

- la rénovation de l'offre de formation, pour réduire le hiatus entre formation médicale et paramédicale ;
- la refondation du cadre juridique de définition des professions, sur la base d'un référentiel de missions et non plus uniquement d'actes prédéterminés ;
- la valorisation des coopérations à travers la rémunération ou les perspectives de carrière ;
- la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement visant à garantir l'intérêt et la qualité des nouvelles formes de coopération.

Par ailleurs, cet axe d'évolution des professions de santé devra demain 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, à l'organisation des soins, notamment en ce qui concerne les soins primaires et l'évolution des frontières entre secteur social, médico-social et sanitaire.

Cette recommandation a établi l'intérêt des nouvelles formes de coopération et plaide aujourd'hui pour une vraie politique de coopération entre professionnels de santé. Il appartient donc maintenant à la décision publique de mettre en œuvre les conditions juridiques, économiques et de formation nécessaires à l'application de cette recommandation.

La HAS souhaite sensibiliser et accompagner tous les acteurs concernés dans la mise en œuvre des nouvelles formes de coopération pour une meilleure prise en charge des patients.

Annexes

Annexe 1. Les nouvelles formes de coopération à l'étranger

Annexe 2. Le contexte démographique

Annexe 3. L'évaluation quantitative des expérimentations – Éléments de synthèse

Annexe 4. Les résultats de la consultation publique

Annexe 5. Exemples de nouvelles pratiques

Annexe 6. Composition du conseil scientifique

Annexe 1. Les nouvelles formes de coopération à l'étranger

Si le cadre d'exercice des professionnels de santé est très contraint en France, il n'en est pas de même dans un certain nombre d'autres pays, qui ont pu réorganiser les modes d'intervention 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, Australie⁵²).

Tableau 1. Exemples de pratiques développées à l'étranger

	Substitution entre médecin et infirmière	Substitution entre spécialistes et généralistes	Autres types de substitution
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>		

Adapté de: Buchan J, Calman L. Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles. Paris: OCDE, 2005

⁵²cf. Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum, décembre 2007

A. L'intervention d'infirmières expertes dans le domaine des soins primaires

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 infirmières ont toutes suivi une formation de niveau master et bénéficient de ce fait d'une grande autonomie. Ces groupes offrent une gamme de services médicaux de première ligne, 24 h/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 avec une qualification de niveau master organisée par l'université de sciences infirmières. Les infirmières praticiennes sont autorisées à diagnostiquer et à prescrire dans le domaine de la néonatalogie, la cardiologie et la néphrologie. Ces infirmières font aussi l'objet d'une certification régulière par l'ordre des infirmiers du Québec.

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, elle s'est encore développée depuis le début des années quatre-vingt-dix. Les réformes engagées à cette époque dans le secteur des soins primaires comportent un système d'incitations (financières) pour encourager les cabinets de médecins généralistes à recruter des infirmières. Les infirmières réalisent dans ce cadre des consultations de premier recours pour des problèmes mineurs, le suivi des malades chroniques stabilisés ou une activité d'éducation et de promotion de la santé. Le NHS a par ailleurs développé des centres d'information, d'orientation et de promotion de la santé, gérés de manière autonome⁵³ par des infirmières (*NHS Walk in Centers* et *NHS Direct*).

B. Des coopérations qui concernent aussi les soins spécialisés et d'autres professions de santé

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 certaines activités qui pourraient être assurées dans le cadre des nouvelles formes de coopération.

Ainsi le rapport Berland (2003)⁵⁴ présente un état des lieux des coopérations entre professionnels de santé, en Europe et en Amérique du Nord. 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. Ce rapport souligne toutefois que certaines coopérations mises en place peuvent apparaître moins consensuelles : c'est en particulier le cas concernant l'intervention d'infirmières spécialisées en hémodialyse aux États-Unis.

L'intervention des professionnels de la pharmacie dans le cadre des nouvelles formes de coopération a aussi été analysée dans une revue récente de la littérature⁵⁵. Plusieurs modèles sont ainsi identifiés en fonction du degré d'autonomie de prescription des pharmaciens : dans le cadre d'une liste de pathologies, d'une liste de médicaments, d'un protocole spécifique établi par un médecin, d'un renouvellement d'ordonnance, etc.

⁵³ L'activité développée dans ces centres du NHS n'implique pas de collaboration institutionnalisée avec les médecins

⁵⁴ Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. ONDPS, 2003, <http://www.sante.gouv.fr/ondps/>

⁵⁵ Emmerton L, Marriott J, Bessell T, Nissen L, Dean L. Pharmacists and prescribing rights : Review of international Developments. *J Pharm Pharm Sci* 2005 4;8(2):217-25

Annexe 2. 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 de l'évolution de leur temps de travail et 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).

Annexe 3. L'évaluation quantitative des expérimentations

A. Principes méthodologiques

A.1 La mise en place d'un conseil scientifique

L'évaluation quantitative des expérimentations a été soumise à un conseil scientifique indépendant composé de méthodologistes (santé publique, économie de la santé, gestion) et de professionnels de santé invités à titre personnel compte tenu de leur connaissance du terrain et de leur intérêt pour les démarches d'évaluation (infirmiers, médecins spécialiste et généraliste, manipulateur en radiologie, sage-femme, kinésithérapeute)⁵⁶. Le conseil scientifique a eu pour mission d'apporter une aide à la décision au comité de suivi sur le volet « évaluation des expérimentations ». Son rôle a été d'attirer l'attention du comité de suivi sur toutes les questions méthodologiques soulevées par cette évaluation et il a également été une force de proposition.

A.2 Un soutien méthodologique des promoteurs

La Haute Autorité de santé a mis à la disposition des expérimentateurs une cellule de soutien méthodologique pour les aider à élaborer leurs protocoles et outils d'évaluation interne. Comme dans le cas des cinq premières expérimentations, il est apparu qu'un travail initial de formalisation de la plupart des projets était indispensable.

Pour cela, des visites sur les sites ont été organisées au dernier semestre 2006, avec la rencontre du promoteur, du coordinateur opérationnel et, lorsque le projet le justifiait, de professionnels médicaux et paramédicaux.

Ces rencontres ont été l'occasion de faire un travail important de formalisation des projets avec les promoteurs. Cette démarche était essentielle, afin de pouvoir rendre compte de la manière la plus exhaustive possible de ce qui avait été réellement mis en place, sachant que le projet avait pu évoluer entre le moment de sa conception et la publication de l'arrêté.

Elles ont également permis de concevoir, ensemble, un cadre général pour l'évaluation, sur la base duquel la HAS a été en mesure de rédiger des protocoles adaptés aux objectifs et aux moyens de chaque projet d'expérimentation. Outre la rédaction de ces protocoles, la HAS a conçu les outils nécessaires au recueil de données, puis les a fait valider par les équipes afin de s'assurer de la faisabilité des méthodes proposées.

La HAS a par ailleurs soutenu les promoteurs dans leur recherche de ressources au niveau local par l'envoi d'un courrier aux institutions concernées (institutionnels, administration hospitalière) et au niveau national par une demande de financement de ces évaluations au ministère.

Enfin, la HAS a pris en charge les démarches administratives inhérentes à une étude de cet ordre auprès de la Commission nationale informatique et liberté et du Comité de protection des personnes.

A.3 Une approche pragmatique de l'évaluation des expérimentations

L'approche retenue pour l'évaluation des expérimentations ne relève pas d'une méthode expérimentale traditionnelle.

⁵⁶ cf. la composition du conseil scientifique en annexe 6

La validité externe de ces évaluations est limitée parce qu'il n'existe pas de pratique de coopération standardisée : chaque site conçoit son propre mode d'organisation de la coopération en fonction de l'environnement institutionnel, des professionnels impliqués et de l'organisation du service. Plusieurs expérimentations ont même obtenu pour mener à bien leur projet un poste supplémentaire, l'organisation du service a donc été fondamentalement modifiée et il est impossible dans ce cas de savoir si les résultats observés sont attribuables au changement d'intervenant ou à ce poste supplémentaire. Enfin, et de façon bien connue dans la théorie de l'évaluation, l'inscription dans une démarche d'évaluation a obligé les équipes à un effort de formalisation et de protocolisation qui a nécessairement eu, en soi, un impact sur les pratiques de l'ensemble de l'équipe.

Ces contraintes sont inhérentes à toute démarche d'évaluation d'innovation sociale et doivent être prises en compte. Le suivi de projets de nature différente et l'association de plusieurs méthodes garantissent un faisceau d'observations qui permettra l'analyse de l'évolution des pratiques, des modalités de prise en charge et de la satisfaction des acteurs, à la suite d'un changement ou d'une reformulation des modes de coopération entre professionnels de santé.

B. Principaux résultats des évaluations quantitatives des expérimentations : quelle faisabilité pour quelle sécurité ?

Entre décembre 2003 et octobre 2007, treize projets 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, en deux vagues successives. Les résultats de la première vague d'expérimentations ont été publiés en juin 2006⁵⁷ et montrent que la réalisation des actes identifiés dans chaque projet par des professionnels paramédicaux *préalablement formés* est faisable dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour les patients. Les expérimentations engagées à partir de mars 2006 portent sur onze projets (trois projets de la 1^{re} vague ont été reconduits).

B.1 Une typologie des nouvelles formes de coopération selon la nature de l'intervention et celle des compétences partagées

Le tableau ci-dessous propose une typologie distinguant les projets selon la nature de l'intervention réalisée et la nature des compétences en jeu.

	Intervention ciblée	Intervention globale
Compétences spécifiques	<i>Interventions à visée diagnostique</i> Échographie Échocardiographie Exploration fonctionnelle digestive	<i>Interventions à visée thérapeutique</i> Suivi de la dialyse en centre Reconduction de la chimiothérapie
Compétences étendues	<i>Intervention ciblée dans la prise en charge</i> Consultation diététique Infirmière en santé publique (ASALEE) Entretien pré-don (EFS)	<i>Suivi d'un patient</i> Pathologie prostatique Neuro-oncologie Suivi de l'hépatite C

⁵⁷ Berland Y, Bourgeuil Y. Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé. ONDPS, 2006, <http://www.sante.gouv.fr/ondps/>

B.2 Évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité

Certaines expérimentations ont connu des retards importants au démarrage, principalement dus au caractère expérimental du projet (recherche de financements, recrutement, gestion de l'évaluation). La faisabilité des protocoles de prise en charge est affirmée dans toutes les expérimentations sous réserve que certaines étapes soient respectées. Dans le cas contraire, le projet peut être rejeté, même si ce qu'il propose en termes de prise en charge est accepté par tous les acteurs.

Du point de vue des professionnels de santé, les pratiques développées sont d'autant mieux acceptées qu'ils ont été impliqués dans leur mise en œuvre. Les professionnels intervenant dans les nouvelles formes d'organisation sont volontaires et donc convaincus par la démarche. Chez les professionnels en marge de l'expérimentation (autres membres du service, cadres), il existe des craintes qui font écho à la remise en question des cultures professionnelles existantes. Les médecins, même lorsqu'ils étaient réticents, acceptent généralement la nouvelle organisation après qu'elle a démontré sa pertinence dans la pratique. Les inquiétudes des autres professionnels de santé peuvent perdurer, même lorsque l'organisation a montré localement sa légitimité, dès lors que l'on évoque les conséquences sur les professions d'une possible généralisation.

Du point de vue des patients, un seul refus de participer à l'expérimentation a été enregistré. Les conclusions des enquêtes de satisfaction réalisées dans 8 projets⁵⁸ ou des entretiens auprès de donneurs ou d'associations de donneurs dans le cas de l'EFS indiquent une forte acceptabilité des nouvelles formes de coopération, avec toutefois une tendance indiquant un niveau de confiance supérieur dans les projets portant sur des actes techniques (cf. rapport de synthèse sur les évaluations quantitatives).

B.3 La qualité des soins appréhendée au travers de la sécurité

Dans quatre expérimentations, l'évaluation visait à tester dans quelle mesure deux professionnels appartenant à des catégories professionnelles différentes (un médecin et un autre professionnel de santé) pouvaient obtenir les mêmes paramètres, informations ou conclusions.

- ✓ Pour trois de ces expérimentations, l'évaluation met en évidence une forte concordance : l'évaluation de la situation du patient en neuro-oncologie ; la réalisation d'actes d'échographie par un manipulateur en électroradiologie et l'entretien pré-don du sang par un IDE. Dans ce dernier cas, les discordances observées étaient liées le plus souvent à une application plus forte du principe de précaution chez les professionnels paramédicaux.
- ✓ Concernant la réalisation d'une partie de l'échocardiographie par un professionnel non médecin, des écarts peu importants sont observés. Les médecins participant à l'expérimentation sont satisfaits des résultats obtenus. Toutefois, les répercussions de ces écarts en termes de résultats de santé pour le malade n'ont pas été évaluées.

L'évaluation de la sécurité de la réalisation des explorations fonctionnelles digestives n'a pas pu être interprétée en raison de biais liés à un défaut de conduite de l'étude

B.4 La qualité des soins appréhendée au travers de la qualité du processus

Dans les expérimentations où une phase de routine a été étudiée, les médecins ont estimé la qualité des interventions des autres professionnels de santé, soit en jugeant de la fiabilité des informations recueillies pour poser un diagnostic, soit en jugeant de la pertinence des propositions de traitements ou d'examen complémentaires.

⁵⁸ CH Lisieux, Clinique Pasteur à Toulouse, CHU de Rouen, CHU de Metz, service de neuro Hôpital la Pitié-Salpêtrière, CHU de Lille, Institut Mutualiste Montsouris, ASALEE

Les informations recueillies sont jugées complètes et satisfaisantes dans plus de 90 % des cas, dans toutes les expérimentations concernées : réalisation d'échographies, d'explorations fonctionnelles digestives et d'échocardiographies, suivi du patient en neuro-oncologie et en pathologie prostatique.

Les propositions de prise en charge sont jugées pertinentes à 100 % en neuro-oncologie et à 98 % en pathologie prostatique.

B.5 La qualité des soins appréhendée par l'impact pour le patient

Trois expérimentations mettent en place une évaluation fondée sur le suivi des paramètres biologiques ou cliniques des patients.

L'analyse des paramètres biologiques des patients dialysés en centre indique que la plupart des indicateurs de qualité de dialyse se sont améliorés sur les différentes périodes d'étude. Il n'est cependant pas possible de comparer cette évolution par rapport à une activité « standard » où l'évaluation de la situation du patient est effectuée par le médecin.

Dans l'expérimentation ASALEE, un impact positif de la participation de l'IDE en santé publique a été mis en évidence. Un nombre plus important de patients avec des valeurs cibles de HbA1c a été observé dans la population suivie par le dispositif ASALEE par rapport à la population témoin. Par ailleurs, on observe une meilleure conformité de la prise en charge du patient par rapport aux recommandations de bonne pratique (mesures régulières, fond d'œil, ECG), et ce pour un coût qui n'était pas éloigné de celui de la population témoin.

L'expérimentation relative à une plus grande autonomie des diététiciens dans la prise en charge des patients souffrant de diabète de type 2 est limitée par une durée de suivi courte (3 mois). On n'observe pas de différence significative entre le groupe de patients suivi par un diététicien et celui suivi par un médecin.

Une quatrième expérimentation, relative au suivi des patients avec une hépatite chronique C, évoque un impact du suivi régulier par une infirmière sur l'adhésion des malades aux protocoles de traitement. Cet impact se retrouve dans les deux sites concernés. Du point de vue de l'évaluation quantitative, il n'a pas été possible de tirer d'autres enseignements sur la sécurité et la qualité de soins.

B.6 Un avantage économique lié à la présence d'une personne ressource supplémentaire et à un gain de temps médical

Les évaluations ne permettent pas de porter des conclusions générales sur un éventuel impact économique, mais illustrent par des exemples l'opportunité économique des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Elle est liée : d'une part, à la présence d'une personne ressource supplémentaire qui permet de diversifier l'offre de soin ou d'augmenter la file active des patients ; et d'autre part, à la libération du temps du médecin.

Le gain de temps médical est estimé à 15-20 minutes par consultation en neuro-oncologie et pathologie prostatique, à 10 minutes en échographie et échocardiographie, et vraisemblablement de 15 à 45 minutes pour une exploration fonctionnelle digestive. Une étude spécifique compare l'activité des médecins en situation « standard » et en situation « expérimentale » dans le service d'hémodialyse de Lisieux. Elle met en évidence des activités médicales différentes : les médecins pouvaient assurer plus de consultations et certains actes techniques (pose de cathéter) en situation expérimentale.

Les expérimentations fondées sur une double consultation ou un double examen exploratoire indiquent des durées de réalisation plus élevées pour les autres professionnels de santé que pour les médecins. Par exemple, la durée de consultation en neuro-oncologie était un peu plus du double de celle du médecin (37 minutes et 17 minutes respectivement). Le contenu des consultations n'est vraisemblablement pas le même selon le professionnel qui les réalise⁵⁹.

⁵⁹ D'après les expérimentateurs, cet écart s'explique par une anamnèse plus longue et la prise en considération d'aspects médico-sociaux par l'infirmière.

Une constatation identique peut être faite concernant la réalisation d'actes techniques. Par exemple, les échographies-Doppler étaient de 30 à 60 % plus longues pour un manipulateur, avec l'hypothèse d'un examen plus systématique (avec une visualisation de tous les organes et segments) que celui du médecin, orienté vers l'obtention d'un diagnostic radiologique ciblé. Les écarts en durée peuvent varier selon le site d'expérimentation. Ces écarts sont probablement liés à de protocoles de réalisation des examens différents.

Annexe 4. Les résultats de la consultation publique

A. Analyses quantitatives

A.1. Les répondants à la consultation Internet

218 réponses

A.1.1 Les réponses par professions

Parmi les 218 réponses, un quart émanent de directeurs et cadres de soins, 30 % d'infirmières dont 14 % d'infirmières ayant une spécialisation clinique, 18 % de masseurs-kinésithérapeutes, 6 % de médecins.

Profession	Nombre de réponses	Part dans les répondants
Cadres Soins –Directeurs de soins	54	25%
Masseur -Kinésithérapeutes	40	18%
IDE	35	16%
IADE	26	12%
Médecins généralistes et spécialistes	13	6%
Autres	6	3%
Opticiens	6	3%
Étudiants	5	2%
IBODE	5	2%
Formateurs	4	2%
Ergothérapeutes	3	1%
Pharmaciens	3	1%

A.1.2 Le statut du répondant

La plupart des réponses à la consultation ont été effectuées à titre individuel.

19 réponses à titre institutionnel ont été reçues :

- CEEIADE, Comité d'Entente des Écoles d'Infirmiers Anesthésistes D.E.,
- l'ISNAR-IMG, Interne de médecine générale
- Association des Enseignants et des Écoles d'Infirmiers de Bloc Opératoire,
- Fédération Nationale des Orthophonistes
- Président de la Société Française de Pathologie
- Président de la Fédération Nationale des Opticiens de France
- Association Française d'Urologie (AFU)
- FFPP (fédération française des psychologues et de psychologie)
- Fédération Française de Pneumologie,
- Syndicat National des Sapeurs-Pompiers Professionnels
- Président de la Fédération Nationale des Podologues,
- CEFI-Psy (Comité d'Études des Formations Infirmières et des Pratiques en Psychiatrie)
- syndicat des opticiens sous enseigne, SynOpE
- ADLF Association des Diététiciens de Langue Française
- Syndicat National des Ophthalmologistes de France
- syndicat national des infirmiers anesthésistes
- Union des Opticiens
- UNAIBODE, association des infirmiers de bloc opératoire
- GIPSI

Des réponses nous sont aussi parvenues par courrier : la fédération française des MK, le Conseil national de l'ordre des pharmaciens, le syndicat des opticiens et la FNI.

A.2 L'appréciation générale sur la recommandation

75 % des répondants jugent le projet de recommandation très ou satisfaisant

14 % des répondants jugent le projet de recommandation peu ou pas du tout satisfaisant

analyse par profession									
PROF.	Pas du tout satisfaisante		Peu satisfaisante		Satisfaisante		Très satisfaisante		Total
CS-DS			8	15%	38	70%	7	13%	54
MK			3	8%	30	75%	3	8%	40
IDE			1	3%	23	66%	7	20%	35
IADE	1	4%	3	12%	13	50%	5	19%	26
Médecins	0	0%	3	21%	8	57%	2	14%	14
Total	2	1%	28	13%	132	61%	32	15%	218

analyse en fonction du statut					
	Pas du tout satisfaisante	Peu satisfaisante	Satisfaisante	Très satisfaisante	Total
Individuel	2	23	123	30	199
Institutionnel		5*	9	2	19
Total	2	28	132	32	218

* CEEIADE, Fédération Nationale des Orthophonistes, Fédération Nationale des Podologues, GIPSI, Syndicat National des Ophtalmologistes de France

Décomposition de l'appréciation générale

	L'exercice des professions médicales et paramédicales aujourd'hui			Développement des NFC dans un cadre aménagé
	formation	contexte juridique	contexte économique	
Pas du tout satisfaisante	3%	2%	5%	2%
Peu satisfaisante	20%	16%	22%	19%
Satisfaisante	58%	54%	50%	62%
Très satisfaisante	13%	21%	18%	8%
Total	100%	100%	100%	100%

	Développement des NFC dans un cadre rénové			Conditions concrètes de mise en œuvre	Avis général sur le projet
	Renforcer l'offre de formation	Repenser le cadre juridique	Adapter les modalités de financement et de rémunération		
Pas du tout satisfaisante	2%	2%	2%	1%	1%
Peu satisfaisante	15%	13%	17%	9%	13%
Satisfaisante	58%	64%	66%	69%	61%
Très satisfaisante	21%	15%	10%	7%	15%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

L'analyse de l'appréciation sur le projet de recommandation soumis à la consultation publique par grands chapitres met en évidence des améliorations devant être apportées au diagnostic sur l'exercice des professions médicales et paramédicales aujourd'hui. En particulier, les commentaires qui ont été reçus soulignent que le projet de recommandation apparaissait trop centré sur les infirmières alors même que l'ensemble des professions de santé est potentiellement concerné.

Par ailleurs, ces retours montrent aussi une préférence des personnes ayant répondu pour le scénario du « cadre rénové » c'est-à-dire pour une recommandation proposant des évolutions structurelles de l'organisation des professions de santé.

A.3 Les activités concernées par les nouvelles formes de coopération

Interrogés sur l'opportunité de développer de nouvelles formes de coopération pour certaines activités, identifiées dans le cadre des expérimentations ou à partir des pratiques observées à l'étranger, les répondants semblent très largement favorables au développement de nouvelles formes de coopération pour des activités liées au suivi de malades chroniques ou à la prévention. En revanche, les avis sont plus partagés lorsqu'il s'agit d'activités ayant une dimension plus technique comme l'écho radiologie ou les endoscopies digestives.

Question : Possibilité de confier la réalisation de certaines activités à des professionnels paramédicaux

	NSP	NON	OUI
31. Écho radiologie	27,7%	26,3%	46,0%
32. Écho radio infirmière	25,0%	27,2%	47,8%
33. Explorations digestives	25,0%	22,3%	52,7%
29. Diabète2 diététicien	24,1%	9,8%	66,1%
34. Oncologie	22,8%	8,9%	68,3%
27. Hépatite chronique	22,3%	6,7%	71,0%
28. Troubles vision	23,7%	4,9%	71,4%
26. Insuffisance rénale	21,4%	5,8%	72,8%
30. Diabète2 infirmière	21,4%	4,5%	74,1%
35. Pré-don sang	21,9%	3,6%	74,6%
<i>Exemples étrangers</i>			
36. Néonatalogie	27,7%	21,0%	51,3%
37. Cardiologie	27,7%	22,3%	50,0%
38. Néphrologie	28,1%	21,0%	50,9%
39. Échographies	30,8%	20,5%	48,7%
40. Endoscopie digestive	28,1%	26,3%	45,5%
41. Prévention	22,3%	3,1%	74,6%
42. Consultation	23,2%	4,9%	71,9%
43. Suivi	22,8%	4,9%	72,3%
44. Information	24,1%	2,2%	73,7%

Pour les activités ayant été évaluées dans le cadre des expérimentations, 85 % des répondants se prononcent en faveur de la pérennisation de ces activités au sein des équipes ayant participé aux expérimentations après avis de la HAS.

B Analyse qualitative

B.1 Des activités identifiées par les professionnels de santé

Près de 80 % des 218 répondants ont évoqué, souvent très précisément, des activités qui pourraient être confiées à d'autres professionnels de santé ayant suivi une **formation adaptée**.

Parmi les opportunités de développement le plus souvent évoquées dans ces réponses, on peut citer :

- ✓ le suivi des insuffisants respiratoires par des kinésithérapeutes possédant une formation spécifique : aérosolthérapie, ventilation, exploration fonctionnelle respiratoire, spirométrie, etc. ;
- ✓ en anesthésie, la prise en charge des patients ASA1 par les IADE, la réalisation d'anesthésies locorégionales ou encore la pose des voies veineuses centrales ;
- ✓ dans les services d'urgence pédiatrique, consultation de tri et d'orientation par une infirmière puéricultrice spécifiquement formée, etc. ;
- ✓ le suivi des malades chroniques et l'éducation thérapeutique par des infirmières dans le secteur ambulatoire.

B.2 Les éléments insuffisamment traités et les compléments proposés

- ✓ L'analyse des professions infirmières intermédiaires « existantes » et notamment les IADE ; l'analyse des autres professions de santé : pharmaciens, podologues, opticiens, etc. ; l'analyse des filières spécifiques : urgence, recherche clinique, HAD
- ✓ La place de l'université dans la formation des professionnels paramédicaux ; la reconnaissance des titres et diplômes étrangers en pratique avancée ; le financement de la formation continue
- ✓ La question du droit de prescription dans le cadre des nouvelles formes de coopération
- ✓ La définition des nouveaux métiers
- ✓ La place du médecin traitant en ville ; le rôle et la place des cadres de santé à l'hôpital
- ✓ Le partage et la circulation d'information entre professionnels mais aussi avec les patients, le dossier patient interprofessionnel
- ✓ La répartition de l'Ondam entre professions ; les modes de rémunération dans les établissements de santé privés
- ✓ Les supports contractuels des nouvelles formes de coopération et la mise en œuvre concrète des nouvelles formes de coopération ;
- ✓ Le rôle des usagers
- ✓ Le poids et le rôle des sociétés savantes
- ✓ Le niveau territorial

Annexe 5. Exemples de nouvelles pratiques développées à l'étranger ou identifiées en France dans les enquêtes HAS

Rappelons que les pratiques synthétisées dans le tableau ci-dessous sont recensées à titre purement illustratif. Seules les pratiques issues des expérimentations menées en France entre 2004 et 2007 ont fait l'objet d'une évaluation.

Exemples de nouvelles pratiques développées à l'étranger ou identifiées en France dans les enquêtes HAS		
Activités identifiées	Professionnels concernés	Lieu des coopérations
À partir des expérimentations françaises		
Suivi de la dialyse en centre	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 diététique 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 de l'entretien pré-don de sang	Infirmière	Établissement Français du Sang

Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?

Activités identifiées	Professionnels concernés	Lieu des coopérations
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, États-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
Vaccination	Infirmières	Royaume-Uni
Prescription sur liste restreinte	Infirmières	Suède, Royaume-Uni, États-Unis, Canada, Australie,
Droit de prescription limité	Pharmacien	États-Unis, Royaume-Uni, Australie, Canada
Information et orientation	Infirmière	Soins primaires Royaume-Uni

Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?

Activités identifiées	Professionnels concernés	Lieu des coopérations
Thèmes identifiés dans l'enquête		
L'aide urgente	Infirmier, SMUR et sapeur-pompier	SMUR et pompier
Prescription des aides techniques	Ergothérapeute	
Gestion de la douleur postopératoire	IADE	Anesthésie
Cathétérisme et navigation intravasculaire percutanée	IBODE	Bloc opératoire
Dépistage et prévention des risques	Pharmacien	Officines
Thèmes identifiés dans la consultation		
Suivi des insuffisants respiratoires (aérosolthérapie, ventilation, exploration fonctionnelle respiratoire, spirométrie)	kinésithérapeute	Secteur ambulatoire
Prise en charge des patients ASA1, réalisation d'anesthésies locorégionales, pose des voies veineuses centrales	IADE	Anesthésie
Consultation de tri et d'orientation	infirmière puéricultrice	Service d'urgence pédiatrique
Le suivi des malades chroniques et l'éducation thérapeutique	infirmière	Secteur ambulatoire

Annexe 6. Composition du conseil scientifique

Le conseil scientifique réunissait des professionnels invités à titre personnel. Il a été présidé par le Pr Serge BRIANÇON.

Le conseil scientifique était composé par les personnes suivantes :

- Serge BRIANÇON, chef de service "Épidémiologie et évaluation cliniques CHU de Nancy
- Daniel BENAMOUZIG, sociologue, Centre de Recherche Médecine Sciences Santé et Société, Villejuif
- Christine CHEMORIN, cadre supérieur de santé, service hygiène hospitalière et épidémiologie, Hôpital Édouard Herriot, Lyon.
- Dominique COSTAGLIOLA, directrice unité INSERM Epidémiologie clinique et thérapeutique de l'infection VIH ; Paris
- Marie Claude DAYDE, infirmière libérale, Colomiers
- Alain CORVEZ, directeur Stratégie et Développement ; Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier
- Bruno DETOURNAY, consultant, économiste de la santé ; CEMKA-EVAL Bourg la Reine
- Brigitte DORMONT, économiste, LEGOS, université Paris Dauphine
- Éric DRAHI, médecin généraliste ; Saint Jean-de-Braye
- Isabelle DURAND-ZALESKI, responsable du service santé publique, groupe hospitalier Henri Mondor-Albert Chenevrièr, Créteil
- Nicole GARRET-GLOANEC, psychiatre, CHU de Nantes
- Philippe GLORIEUX, direction de soins, hôpital de la Pitié-Salpêtrière ; Paris
- Jean-Claude MOISDON, professeur à l'école nationale supérieure des mines de Paris
- Philippe MOSSE, économiste, directeur du laboratoire d'économie et de sociologie du travail, Aix en Provence
- Françoise NGUYEN, directrice de l'école de sages-femmes « Jeanne Sentubery », CHI Poissy-Saint-Germain
- Michel PAPAREMBORDE, directeur de l'institut de formation en masso-kinésithérapie de Lille