



Le processus d'expérimentation et ses conclusions

Les expérimentations menées par l'Observatoire national de la démographie médicale visaient à tester une nouvelle répartition des rôles entre professionnels de santé. Elles ont abouti à des recommandations formulées par la Haute Autorité de santé et un processus de généralisation par la loi HPST.

La reconnaissance des pratiques informelles pour une nouvelle régulation des professions de santé ?

Yann Bourgueil
Directeur de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé

La mise en œuvre d'expérimentations visant à objectiver et tester une nouvelle répartition des rôles entre professions de santé, dans un cadre législatif et réglementaire précis, a constitué une démarche ambitieuse et inédite en France. Le communiqué du ministre Mattéi de décembre 2003 envisageait, selon les résultats obtenus à l'automne 2004, l'engagement d'une large concertation avec les représentants professionnels concernés pour examiner avec eux les conditions d'un éventuel élargissement des transferts de compétences. De fait, le processus expérimental a été plus long que prévu puisqu'il a débouché sur une recommandation quatre années plus tard en 2008, et fait aujourd'hui l'objet d'un processus de généralisation dans le cadre du projet de la loi PST.

Nous proposons dans ce texte de mettre en lumière certains aspects qui peuvent à la fois éclairer le déroulement du processus d'expérimentation, les enjeux soulevés par la redéfinition des rôles des professions de santé et également apporter quelques enseigne-

ments sur la notion d'expérimentation pour conduire des processus de réforme dans le système de santé.

Un processus volontariste, porté par l'échelon politique et la dynamique médicale

La mission menée par le professeur Berland a identifié en 2003 des professionnels de santé, principalement des médecins hospitaliers chefs de service, porteurs de projets innovants dans le domaine de l'organisation des soins et notamment une nouvelle répartition des tâches entre médecins et non-médecins. Auditionnés dans le cadre de la mission sur les pratiques menées dans leurs services et leurs projets d'organisation, ils ont été invités à rejoindre le processus d'expérimentation initié par le ministre de la Santé. Un groupe de suivi a alors été constitué avec pour mission de définir le cadre dérogatoire et les modalités d'évaluation des expérimentations¹.

1. Il comprenait initialement des membres de l'Anaes, du Haut Comité de santé publique, du Credes et du bureau des professions de la DGOS.

Le 16 décembre 2003, une réunion inaugurale a été organisée en présence du ministre et de l'ensemble des promoteurs de projet. Il était notamment annoncé que les expérimentations se feraient dans un cadre autorisant l'exercice illégal de la médecine, avec l'introduction d'un article spécifique dans la loi de 2004. Un arrêté pris en application de cet amendement devant décrire notamment les actes faisant objet de dérogation, les modalités de l'expérimentation et de l'évaluation.

Hormis le cadre légal, le dispositif initial apparaît modeste en termes de ressources. La réalisation des expérimentations reposait principalement sur l'engagement des équipes de terrain, qui vont alors consacrer du temps pour participer aux réunions de pilotage, travailler avec l'équipe de coordination pour modéliser leurs pratiques ou leurs projets.

Des options méthodologiques initiales adaptées au cadre réglementaire des expérimentations et aux ressources disponibles

Après les premières rencontres de travail avec les équipes, début 2004, face à l'hétérogénéité des projets qui ne sont alors pas tous au même niveau d'avancement et de maturité, et en raison de l'hétérogénéité des ressources disponibles en région, les options méthodologiques suivantes ont été retenues.

La première option a été de formaliser les projets et leur évaluation dès leur conception selon un canevas commun

L'exigence de formalisation initiale a été renforcée par la nécessité de préciser la nature des actes devant faire l'objet d'une dérogation aux décrets d'actes dans le cadre de l'arrêté. Ce travail très précis et exigeant a permis de constater que certains projets, par exemple la télétransmission d'images scanner en urgences, conçue initialement comme relevant de la délégation ou du transfert de tâches, n'envisageaient qu'une nouvelle organisation des soins.

Il s'agissait également de formaliser l'évaluation des projets *a priori* et de préciser à la fois les indicateurs permettant de mesurer l'atteinte des objectifs et les méthodes de recueil des données. Chaque équipe a également formalisé le protocole d'évaluation en définissant la situation de référence, la population incluse, et les critères de jugement dans les cinq dimensions suivantes ; les résultats médicaux pour les patients (qualité/sécurité de la prise en charge), la satisfaction des acteurs et des usagers, l'acceptabilité de la modification de l'organisation des soins, l'impact organisationnel, l'impact économique et les conditions d'une généralisation.

La deuxième option méthodologique a consisté à mettre en avant les dimensions précitées dans le cadre d'évaluation

En effet, la modification de la répartition des actes entre professionnels de santé, dans le cadre des processus

de soins, ne pose pas que des questions de sécurité et de qualité. Si cette dernière dimension d'évaluation est incontournable et doit être analysée, car il s'agit avant tout de protéger les malades, les effets sur l'organisation dans son ensemble, les autres professionnels et le coût des soins sont essentiels dans le cadre d'une réflexion plus générale. De plus, certains projets ne comportaient à l'évidence pas beaucoup de risques pour le patient (cas de la consultation diététique dans le suivi du patient diabétique ou de la mesure de la réfraction oculaire par l'orthoptiste) et ce sont tout autant les dimensions organisationnelles, l'acceptabilité par les professionnels et les aspects économiques qui sont en jeu. Le cadre de référence adopté s'est inspiré de celui des travaux relatifs à l'évaluation des réseaux de soins [2, 49] (Credes-Image et Anaes).

De fait, en pratique, il a été difficile d'explorer simultanément l'ensemble des dimensions dans chaque projet. Soit que ces dimensions n'étaient pas toutes pertinentes dans le projet, soit que les ressources étaient insuffisantes. La réalisation d'entretiens semi-directifs auprès des différents acteurs impliqués que sont les professionnels et les patients, le recueil des coûts, la mesure des temps, voire l'observation directe des situations de travail nécessitent des compétences variées et des moyens humains qui n'étaient pas toujours accessibles. L'implication de la toute récente HAS en 2006 a permis de compléter ces dimensions de l'évaluation pour la deuxième vague d'expérimentations.

Le troisième choix méthodologique a consisté à définir la démarche d'évaluation comme visant principalement à évaluer la faisabilité d'une délégation ou d'un transfert de tâches

Il est rapidement apparu que la réalisation de protocoles expérimentaux, en se comparant avec une situation de référence selon le modèle avant/après, et/ou, ici/ailleurs, ou selon le modèle de l'essai clinique randomisé, était illusoire dans la plupart des cas. Les projets portaient le plus souvent sur un service, avec un petit nombre de patients, et un ou deux professionnels paramédicaux. Il ne s'agissait donc pas de faire la preuve selon les critères communément admis dans le champ médical de l'essai clinique randomisé, mais plutôt de modéliser de nouvelles organisations de travail, de les tester et de témoigner de leur faisabilité en contrôlant les conditions de sécurité et de qualité pour les patients. L'accent a donc été mis, dans les projets, sur la définition des fiches de postes, la sélection et la formation des professionnels de santé, ainsi que la mise en place de procédures de contrôle (staffs réguliers, accessibilité des médecins en cas de doute). L'évaluation en termes de résultats n'étant pas toujours possible, l'évaluation a porté sur la documentation des dysfonctionnements, le contrôle du respect des procédures de communication entre médecin et paramédical, et le recensement au cas par cas des incidents attribuables à la nouvelle organisation des soins.



Un long temps de mise en œuvre expliqué par le cadre législatif, le cadrage politique et une mobilisation active des corps professionnels

L'élaboration et la mise en œuvre des expérimentations a nécessité un temps plus long que prévu initialement, en raison de l'agenda législatif (la loi ayant été votée en août 2004) mais également de la succession de quatre ministres, et donc de quatre cabinets différents, sur une période de cinq ans (Mattéi, Douste-Blazy, Bertrand, Bachelot). Les expérimentations étant autorisées par un arrêté signé par le ministre de la Santé, leur démarrage officiel était conditionné par une décision politique.

Parallèlement, l'annonce de ces expérimentations a suscité de nombreux débats et sollicitations de la part de multiples acteurs du champ de la santé désireux de faire valoir leurs expériences et pratiques de terrain. Nous avons pu, à cette occasion, constater l'importance des initiatives et des projets locaux visant à redistribuer les rôles et les tâches entre professionnels pour faire face à une augmentation, mais aussi à une évolution, de la demande de soins. Il a donc fallu en quelque sorte résister aux demandes d'inscriptions de projets nouveaux dans le cadre expérimental fixé en 2003.

À une échelle plus politique, les réactions des organisations professionnelles et syndicales aux projets inscrits dans le cadre des expérimentations ont mis en lumière les craintes mais également les attentes vis-à-vis d'une évolution des rôles et des responsabilités. Les clivages ne se faisaient pas entre groupes professionnels (médecins, paramédicaux) mais plutôt, au sein de chaque groupe, entre les tenants d'une prise en compte des pratiques réelles et des contraintes à venir et les défenseurs de l'ordre établi. L'équipe de l'ONDPS a alors été amenée à intervenir en de nombreuses occasions et auprès d'instances variées, pour présenter la démarche d'expérimentation.

Le délai de parution de la loi, l'obtention des financements par les agences régionales de l'hospitalisation, la finalisation des protocoles, l'obtention d'accords locaux ainsi que la précision des éléments véritablement dérogoratoires par les équipes ont permis de finaliser sept expérimentations à l'automne 2004, dont cinq ont été inscrites dans un premier arrêté d'expérimentation. Devant l'importance des ressources et moyens nécessaires au suivi des dix expérimentations incluses dans l'arrêté de 2006 et leur mise en perspective pour généralisation, il est apparu nécessaire de faire appel à la toute nouvelle Haute Autorité de santé, qui a reçu en 2006 mission de produire une recommandation sur la coopération des professions de santé.

Un enjeu principal de reconnaissance des pratiques informelles pour une adaptation du cadre de régulation des professions de santé

Comme dans toute activité professionnelle, il existe dans le domaine du soin un écart entre le travail prescrit et le travail réel. Les compétences et les savoirs acquis des professionnels en situation de travail leur permettent

de faire face aux aléas et aux situations inattendues en dépassant les limites du cadre réglementaire de leur profession. Plus généralement, l'histoire des professions de santé montre que l'art de guérir et de prendre soin est en constante évolution avec celle des savoirs et des techniques des sciences biomédicales. La spécialisation continue des activités autour de techniques, voire de maladies ou de situations nouvelles concerne la profession médicale, mais également les métiers d'«auxiliaires médicaux» qui ont été développés par le transfert progressif et partiel des techniques et savoirs médicaux à des non-médecins.

Les professionnels paramédicaux ont ainsi toujours été amenés à assumer des tâches et des responsabilités nouvelles, parfois en décalage avec leur formation initiale et le cadre de leur profession qui détermine leur champ de compétence, leur niveau de responsabilité et leur niveau de rémunération.

La démarche initiée par les expérimentations de coopération des professions de santé vise de façon novatrice à adapter le cadre de régulation des professions de santé en alimentant ce processus éminemment politique par une meilleure objectivation des pratiques informelles et notamment des tâches et responsabilités effectivement assumées par des professionnels de santé non médecins.

Il s'agit en quelque sorte de regarder littéralement les choses en face, en l'occurrence les pratiques, avec une certaine exigence de «vérité», pour conduire une réforme du cadre de régulation des professions de santé.

Les initiatives de terrain qui constituent les expérimentations portaient pour une grande part sur des pratiques informelles de substitution des tâches déjà anciennes, notamment dans le secteur hospitalier public. L'enjeu est donc de les décrire précisément, d'évaluer la qualité et la sécurité des soins qu'elles engagent et de les confronter au cadre réglementaire existant afin de mettre ainsi en évidence les adaptations nécessaires de ce dernier.

Ce type d'approche est assez nouveau dans le contexte français. *A contrario* de ce que nous montre la littérature internationale, il existe très peu de travaux documentés en France sur les motivations, les organisations et les effets de nouvelles formes d'organisation des soins faisant appel à une délégation d'activité des médecins à d'autres professionnels de santé.

De l'usage de la notion d'expérimentation dans une visée réformatrice

La répartition des rôles et de tâches entre professionnels de santé contribue à définir l'identité des professions de santé, leurs territoires respectifs et leurs niveaux de rémunération. Dans le secteur libéral, où domine la rémunération à l'acte, toute perspective de redistribution des tâches pose en creux la question des niveaux de rémunération. Pour certains, la reconnaissance des substitutions informelles entre professionnels qualifiés et professionnels moins qualifiés avec une meilleure valorisation de ces derniers peut conduire à réduire à


terme la rentabilité de certaines organisations informelles en place. Pour d'autres, la réalisation d'un même acte par un professionnel moins qualifié peut conduire à une baisse de la valeur de l'acte et donc une moindre rémunération ou au redéploiement de leur activité ce qui n'est pas toujours possible². Les enjeux économiques et de revenus sous-jacents à la répartition des tâches entre professionnels sont néanmoins rarement explicités et conduisent à des prises de position radicales faisant souvent appel aux notions de sécurité, qualité et responsabilité. Le risque de la réalisation par des professionnels non médecins d'actes médicaux devient alors l'argument officiel principal des opposants à l'évolution des rôles professionnels.

L'intérêt d'un processus d'expérimentation, en objectivant des situations qui sont le plus souvent fantasmées ou volontairement floues, est alors de contribuer à démêler les dimensions en jeu (économiques, organisationnelles, de qualité des soins, de formation), les resituer à leur juste place et de permettre ainsi un débat plus proche de la réalité de la pratique et plus responsable vis-à-vis des besoins de santé de la population. La publication large des méthodes, des résultats et des réflexions qui ont été menées à l'occasion des expéri-

2. C'est le cas par exemple des ophtalmologues, qui n'ont pas été formés à la pratique de la chirurgie, et dont l'activité de prescription de lunettes constitue une part importante de l'activité.

mentations de coopération des professions de santé a ainsi permis de débattre à de nombreuses occasions avec les professionnels de santé et leurs représentants des enjeux soulevés et des solutions possibles.

Le temps nécessaire à la mise en œuvre des expérimentations, qui s'est avéré beaucoup plus long que ce qui avait été initialement projeté, montre également que, pour aboutir, une telle démarche doit être cadrée initialement dans une visée précise, largement communiquée et portée à un haut niveau politique pour résister aux aléas des changements de gouvernement et aux multiples groupes de pression.

De fait, loin d'une démonstration sans appel permettant de conclure définitivement, c'est un processus de transformation progressif, potentiellement de grande ampleur pour les professions de santé, à mettre en lien avec les réformes de la formation et l'évolution des formes d'exercice et de rémunération – également en cours –, qui a été engagé avec les expérimentations de coopération des professions de santé. Ces projets en apparence modestes, parce qu'ils sont portés par des professionnels de santé à partir de situations concrètes, ont eu un large écho dans le monde professionnel. Ils mettent également en lumière l'importance de la ressource humaine dans le fonctionnement des services de santé et donc de sa régulation comme outil et levier de toute politique de santé. 

Recommandation de la HAS : vers une évolution des métiers et des rôles professionnels

A la demande du ministre de la Santé, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié sur son site en avril 2008, en collaboration avec l'ONDPS¹, une recommandation intitulée : *Délégation, transferts, nouveaux métiers Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé?*. Cette recommandation a conduit à souligner tout l'intérêt d'une évolution des métiers et des rôles professionnels et la nécessité d'accompagner ce changement, tant par la formation que par la modification des règles juridiques et de rémunération. L'objet de cette contribution est de retracer les principales étapes de la production de cette recommandation² et d'en tirer quelques enseignements en vue de la mise en œuvre de l'article 51 de la loi HPST.

Contexte

Cette recommandation s'est inscrite dans la lignée des travaux initiés depuis la publication en 2002 du rapport de la mission « Démographie des professions de santé » [5]. Ce premier rapport a établi un état de la question à partir de l'analyse de la situation internationale et d'une série d'auditions de professionnels de santé. Les travaux ultérieurs ont permis de préciser des modalités concrètes d'expérimentations sur les délégations de tâches, formulées dans la loi d'orientation en santé publique du 9 août 2004. Un premier arrêté d'application en décembre 2004 a autorisé la dérogation temporaire dans ce cadre expérimental de cinq projets portés par des équipes médicales volontaires. L'ONDPS a encadré le travail de formalisation et d'évaluation des expérimentations qui se sont déroulées en 2005 et son rapport de juillet 2006 a conclu que « tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des

Laurent Degos
Claude Maffioli
Lise Rochaix
François Romaneix
Catherine Rumeau-Pichon
Fabienne Midy
Sandrine Chamberetaud
Haute Autorité de santé

1. Observatoire national des professions de santé.

2. La recommandation est disponible sur le site de la HAS et la synthèse est reproduite page suivante.