



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 portaient 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 dérogatoires 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 Rochemaix
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.



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]. L'arrêté du 30 mars 2006 a étendu la démarche expérimentale à dix nouveaux projets avec la reconduction de trois projets issus du précédent arrêté.

Mandat

C'est dans ce cadre que le ministre chargé de la Santé a confié à la HAS le mandat :

- d'assurer le suivi de l'évaluation des expérimentations en cours en apportant à leurs promoteurs l'aide méthodologique et logistique nécessaire ;
- d'élaborer une recommandation générale en

répondant à une double interrogation : quelles sont les conditions de généralisation des expérimentations en cours ? Quelles sont les possibilités d'une extension de la démarche à l'ensemble du champ de la santé.

Un comité de suivi³ a été mis en place pour l'évaluation des expérimentations et l'élaboration de la recommandation générale.

3. Ce comité, présidé par Claude Maffioli, membre du Collège de la HAS, et Yvon Berland, président de l'ONDPS, était composé de Yann Bourgueil, chargé de mission ONDPS, Philippe Michel, HAS, directeur de l'évaluation des stratégies de santé, Lise Rochoaix, 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.

Synthèse de la recommandation

1. Introduction

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.

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.

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 maladies chroniques).

- 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'efficience du système de santé.

- L'évolution des pratiques, grâce aux nouvelles formes de coopération, représente un élément clef 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

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. 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 santé publique, le périmètre d'exercice des autres professions de santé est défini en dérogation à ce monopole.

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.

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.

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

Typologie des expérimentations

Les expérimentations qui ont fait l'objet d'une évaluation constituent des innovations de natures très diverses en matière d'organisation du travail. L'analyse a conduit à distinguer deux situations :

- une nouvelle répartition de tâches existantes, dans une logique de substitution ;
- la répartition de nouvelles tâches, dans une logique de diversification des activités⁴.

Neuf des expérimentations étudiées ont concerné le

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

secteur hospitalier et la dixième le milieu ambulatoire. Elles peuvent être regroupées en trois catégories :

- des expérimentations centrées sur un acte identifié : échographie, échocardiographie, exploration fonctionnelle digestive ;
- des expérimentations couvrant un segment de prise en charge : projets développés en cancérologie et pour les maladies chroniques ;
- une expérimentation centrée sur la prévention et le dépistage : mise à disposition dans des cabinets de groupe de médecins d'une infirmière de santé publique.

Le terme de « nouvelles formes de coopération » a été retenu dans la recommandation générale pour que soient couvertes toutes les situations, qu'elles relèvent

valide l'expérimentation sur la base de son évaluation.

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

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.

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. 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.

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.

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.

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 pa-

ramédicaux 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

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.

2. La mise en place de ces nouvelles organisations du travail doit tenir compte des principes définis dans le guide de la HAS *Bases méthodologiques pour la réalisation d'un cahier des charges*.

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. 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'efficacité.



d'une logique de substitution, plus courante, ou d'une diversification des activités.

Méthode

Pour garantir la qualité scientifique, la pertinence et l'acceptabilité de la démarche, deux principes forts ont été retenus : une évaluation structurée et une concertation avec l'ensemble des acteurs impliqués.

L'évaluation des expérimentations a reposé sur la prise en compte des contraintes inhérentes à toute démarche d'évaluation d'innovation sociale (cf. encadré ci-dessous). La méthode retenue a conduit à recueillir un *corpus* d'informations quantitatives et qualitative pour décrire la pratique mise en place par les équipes soignantes, principalement en termes de sécurité, de qualité des soins et d'organisation, et d'en analyser les dynamiques. Le suivi de projets de natures différentes et l'association de plusieurs méthodes ont permis d'obtenir un faisceau d'observations pour 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.

Une démarche originale a été élaborée [36] pour produire la recommandation à partir de quatre composantes.

L'évaluation des expérimentations de coopération entre professionnels de santé

L'évaluation des expérimentations a reposé sur deux approches complémentaires :

- Une évaluation quantitative dont l'objectif principal était d'évaluer la faisabilité, la sécurité et la qualité de soins et certains des aspects économiques liés à l'adoption de nouveaux modes de pratique. Il s'agissait d'observer le fonctionnement expérimental des sites retenus et, lorsque les conditions le permettaient, de comparer ce fonctionnement au fonctionnement antérieur.
- Une évaluation qualitative menée auprès des professionnels de santé et auprès des malades sur la pos-

sibilité donnée, dans le cadre de ces expérimentations, à un professionnel paramédical de réaliser des actes jusqu'alors réservés aux médecins.

L'analyse d'une enquête sur les pratiques actuelles de coopération

Une enquête a été lancée sur le site de la HAS sur 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 le recueil de 334 témoignages. Ces témoignages indiquent l'existence, dans certains secteurs, de pratiques de coopération relativement répandues, bien qu'à la marge des pratiques officiellement autorisées.

Les travaux originaux de groupes d'expertise

Trois facteurs déterminants du développement des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ont été identifiés : *le cadre juridique de l'exercice des professions de santé, les formations dont bénéficient les professionnels de santé et le contexte économique et organisationnel de l'exercice des professionnels*. Sur chacun de ces thèmes, un rapport a été produit par un groupe de travail 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 terme⁵. Les travaux de ces groupes

5. 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 », note de synthèse du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum, décembre 2007 ; « Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques », rapport du groupe de travail présidé par Claude Evin, décembre 2007 ; « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », rapport du groupe de travail présidé par Yvon Berland, décembre 2007. Ces trois rapports sont disponibles sur le site de la HAS

Les contraintes de la méthode

L'évaluation de l'expérimentation et/ou l'innovation sociale pose des difficultés méthodologiques particulières. Les méthodes expérimentales traditionnelles du type « essai randomisé contrôlé », utilisées dans l'évaluation des médicaments, ne peuvent en règle générale être mises en œuvre.

Dans le cas présent, une telle démarche aurait impliqué de comparer la prise en charge habituelle par le médecin avec une situation où seul l'intervenant aurait changé, en s'assurant que les autres conditions de

la prise en charge restent identiques, en particulier le contexte de la prise en charge, l'organisation du service et les caractéristiques des patients, ce qui n'était pas réalisable.

D'autres approches, dites quasi expérimentales, permettent d'effectuer des comparaisons avant/après ou ici/ailleurs. La mise en œuvre de la comparaison temporelle n'était cependant pas envisageable, dès lors que plusieurs équipes avaient déjà changé de pratique avant que ne soit conçue l'évaluation. De même, le recours à la comparaison entre le

site expérimentateur et d'autres sites (comparaison dite « ici/ailleurs ») était difficile à mettre en œuvre en raison de la diversité des situations analysées : chaque site avait en effet conçu son propre mode d'organisation de la coopération en fonction de l'environnement institutionnel, des professionnels impliqués et de l'organisation du service. Par ailleurs, la base volontaire sur laquelle ont reposé les expérimentations a nécessairement réduit la validité externe des résultats obtenus.

sont présentés dans certaines des contributions à ce numéro.

La consultation publique

La concertation et la mise en débat des orientations proposées ont constitué la dernière étape de l'élaboration de la recommandation. En invitant à s'exprimer de manière ouverte sur son projet de recommandation, la HAS a pu recueillir les avis et attentes des acteurs qui se sentent concernés par les nouvelles formes de coopération. Près de 80 % des 218 répondants ont évoqué, souvent de manière très précise, des activités qui pourraient être confiées à d'autres professionnels de santé ayant suivi une formation adaptée.

Les principaux résultats

Les résultats sont d'une double nature :

- quantitative, liée à la l'évaluation de la qualité et à la sécurité des soins dispensés aux patients dans le cadre des nouvelles formes de coopération [4];

- qualitative, mettant en évidence les facteurs de réussite ou, le cas échéant, de blocage dans la mise en œuvre de ces nouvelles formes de coopération [14].

Ces résultats sont organisés en quatre grands chapitres dans la recommandation générale :

- une présentation des principaux enseignements des expérimentations françaises et des expériences internationales;

- 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;

- les évolutions structurelles nécessaires à un développement plus ambitieux des nouvelles formes de coopération;

- les conditions de mise en œuvre des nouvelles formes de coopération garantissant la qualité du système de santé.


Le message clef de cette recommandation a été de souligner l'importance et la diversité des enjeux liés au développement de nouvelles formes de coopération, que ce soit du point de vue de l'attractivité des professions concernées, de l'efficacité globale du système ou de la qualité des soins. L'évaluation des expérimentations a en effet bien montré qu'il s'agissait plus d'une modification qualitative de la prise en charge que d'un simple transfert d'un acteur vers un autre, d'où l'importance attachée dans la recommandation au terme de « nouvelles formes de coopération ». Plus qu'une simple économie de moyens à court terme ou une solution transitoire à des problèmes démographiques, ces nouvelles formes de coopération sont en effet apparues comme de véritables potentiels d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Cette perspective a conduit la HAS à encourager l'évolution vers ces « nouvelles formes de coopération », sous un ensemble de conditions bien définies.

Le retour d'expérience

Cette recommandation visait à 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. Elle a conduit à fédérer un ensemble d'acteurs très large, sur un sujet majeur mais controversé. Elle a nécessité la définition et la mise en œuvre d'une stratégie d'évaluation innovante et riche. Elle a permis d'établir l'intérêt des nouvelles formes de coopération et de plaider pour une vraie politique de coopération entre professionnels de santé. Elle a souligné l'importance d'intégrer ces nouvelles formes de coopération dans une réflexion plus globale sur l'organisation des soins, notamment les parcours de soins. Ce faisant, elle a constitué un maillon de la chaîne de décision, car il revient *in fine* au décideur public de mettre en œuvre les conditions juridiques, économiques et de formation nécessaires à cette évolution. Cette recommandation a depuis été relayée par le travail mené dans le cadre des États généraux de l'organisation des soins (Egos), puis par l'article 51 de la loi HPST.

D'un point de vue méthodologique, l'évaluation des expérimentations menée par la HAS conduit à tirer deux enseignements utiles dans la perspective d'application de cet article 51.

D'une part, l'évaluation d'une innovation sociale nécessite une ingénierie particulière qui intègre des outils d'évaluation adaptés à chaque situation tout en gardant une certaine comparabilité entre expérimentations.

D'autre part, le succès de la collecte d'information et l'intérêt du retour d'expérience qu'elle permet dépendent en grande partie du fait d'avoir élaboré les outils aussi précocement que possible et dans un travail commun avec les porteurs du changement. L'expérience a montré l'importance d'accompagner les expérimentateurs pour s'assurer de la mise en place d'indicateurs de résultat permettant une évaluation quasi expérimentale de type avant/après ou ici/ailleurs. Pour contribuer à cet objectif, la HAS œuvre à la valorisation du retour d'expérience sur les évaluations qu'elle a menées de ces expérimentations. 



Coopérations et loi HPST : perspectives du déploiement des coopérations

Marie-Andrée Lautru
Chef de projet
Coopérations des
professionnels de
santé, sous-direction
des ressources
humaines du
système de santé,
direction générale de
l'Offre de soins

Les rapports de 2002 et de 2003 du professeur Berland [5, 6] sur la démographie des professionnels de santé et sur les transferts de compétences initient en France la réflexion sur la notion de coopération entre professionnels de santé (on a longtemps parlé de délégation, transfert de tâches, de compétences). Celle-ci est apparue comme une réponse possible aux problèmes de démographie des professions de santé. En réalité, sa mise en œuvre concerne toute la chaîne de soins, car elle nécessite toujours de l'expérience et souvent une formation complémentaire. Elle peut aussi contribuer à l'émergence de nouveaux métiers.

Une démarche cohérente

À la suite de ces rapports, une dizaine d'expérimentations ont été menées portant sur des actes techniques effectués par un professionnel paramédical (échographie, échocardiographie, explorations fonctionnelles digestives) ou des actes médico-techniques comme le suivi par des infirmières de patients ayant une prescription médicale de chimiothérapie à domicile, ou encore des actes médicaux (consultations de prévention et de dépistage pour le suivi de pathologies chroniques).

Ces expérimentations évaluées par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) et par la Haute Autorité de santé (HAS) démontrent que les résultats obtenus aux bénéfices des patients sont réels par rapport à la pratique médicale habituelle, elle-même non évaluée d'ailleurs, faut-il le rappeler ? De ces évaluations, la HAS a tiré des recommandations décrivant les conditions qui peuvent favoriser la généralisation de ces formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé.

Les conclusions des États généraux de l'organisation des soins (Egos) [27], au printemps 2008, allaient dans le même sens : « *la modification de la mission des différents professionnels de santé, le partage des rôles et l'articulation des interventions dans le cadre de nouvelles formes de coopération sont des enjeux majeurs pour l'avenir de notre système de santé* ».

C'est dans cette optique que la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » adoptée par le Parlement a accordé la place qu'elle mérite à la question du partage des compétences : comment disposer des meilleures ressources, au meilleur endroit, au meilleur moment ?

Ainsi, il est apparu indispensable de desserrer les contraintes auxquelles médecins et soignants sont trop souvent assujettis pour permettre à chacun de mieux satisfaire les exigences spécifiques à ses missions.

Chacun souhaite pouvoir se concentrer davantage sur son cœur de métier.

Chacun voudrait également être en mesure d'exploiter au mieux ses compétences. Très concrètement, les infirmiers effectuent un trop grand nombre d'actes qui occupent leur temps sans solliciter leurs compétences propres, tels que le nursing, quand, dans le même temps, les médecins sont débordés par des actes de suivi qui pourraient être assurés par d'autres.

Le dispositif juridique

C'est toute l'ambition de l'article 51 de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) qui, pour mieux répondre aux besoins de santé de la population, pose le principe général de coopération entre professionnels de santé et vise à l'étendre en le sortant du cadre expérimental qui a prévalu jusqu'alors. Il s'agit bien, avec cet article 51, de favoriser les transferts d'activités et actes de soins, les réorganisations de prise en charge et modes d'intervention auprès des patients, ainsi que des modes d'exercice partagé qui répondent à des besoins de santé, pour mieux s'adapter aux pratiques des professionnels tout en garantissant, bien sûr, un haut niveau de sécurité et de qualité.

La procédure est exclusivement à l'initiative des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux). Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé (ARS) des protocoles de coopération qu'ils initient ou ils sollicitent une adhésion à un protocole déjà autorisé : la dynamique vient toujours du terrain. Mais notons que, pour les salariés, l'accord de l'employeur est toujours exigé.

L'ARS s'assure que les protocoles qui lui sont soumis répondent bien à un besoin de santé exprimé au niveau régional avant de les transmettre à la HAS. Ces protocoles devront définir l'objet et la nature de la coopération (disciplines ou pathologies), les actes dérogatoires concernés, le lieu et le champ d'intervention des professionnels. Il pourra s'agir d'organiser une nouvelle répartition de tâches ou d'activités, dans une logique de substitution, ou bien de répartir de nouvelles tâches émergentes, actes ou activités, dans une logique de diversification des activités. Ces protocoles doivent aussi permettre de valoriser des pratiques existantes non reconnues. Il pourra s'agir, pour améliorer la qualité des soins, de cibler le développement de certaines activités, comme l'éducation thérapeutique et/ou la réorganisation de la prise en charge des patients, comme le suivi des malades chroniques par exemple.

La loi a donné à la HAS la mission d'évaluation des protocoles qui lui sont soumis, et elle fait connaître sa décision à l'ARS qui prendra un arrêté d'autorisation sur

Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale p. 65.

avis conforme de la HAS. Par ailleurs, la loi a donné la possibilité à la Haute Autorité de santé de généraliser l'application de protocoles en les étendant à tout le territoire national. Ces protocoles étendus par la HAS seront intégrés dans la formation initiale ou continue selon des modalités qui ne sont pas encore arrêtées et qui devront faire l'objet de réflexions approfondies.

Les professionnels de santé qui souhaitent souscrire à un protocole déjà autorisé doivent faire enregistrer leur demande, qui vaut autorisation. Pour cela, ils déposent un dossier d'adhésion auprès de l'ARS, qui vérifie leur volonté réelle de coopérer et de s'engager dans une démarche collaborative. L'ARS vérifiera également que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle, qu'il fait bien la preuve de son expérience et de sa formation. Le directeur général de l'ARS dispose d'un délai d'instruction des dossiers de deux mois.

Les professionnels s'engagent aussi à procéder au suivi de la mise en œuvre du protocole pendant une durée de douze mois.

L'ARS aura la possibilité de mettre fin à l'application d'un protocole par des professionnels de santé si cela compromet la qualité et la sécurité des soins.

Un arrêté d'application daté du 31 décembre 2009 apporte des précisions sur la procédure pour initier ou adhérer à un protocole. Il détaille notamment les pièces justificatives à produire à l'appui de toute demande : modèle de protocole type à renseigner ; modèle de déclaration à remplir conjointement par les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer un protocole ; pièces justificatives à joindre à une demande d'adhésion à un protocole.

Si la volonté du législateur est bien d'en finir avec les expérimentations, l'article 51 de la loi HPST encadre suffisamment les initiatives des professionnels pour que la sécurité des soins soit garantie. De plus, le patient, lorsqu'il est pris en charge dans le cadre d'un protocole de coopération, doit en être informé.

La mise en œuvre

Consulté, le Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP) a donné un avis favorable sur le premier texte d'application. Il sera tenu informé, une fois par an, des actions de coopérations engagées.

Un comité de suivi de la mise en œuvre des coopérations a été mis en place, piloté par la direction générale de l'Offre de soins (DGOS). Il comprend des représentants de la HAS, de la direction de la Sécurité sociale (DSS). Un représentant des ARS devrait être prochainement désigné. Il est chargé d'accompagner l'ensemble de la démarche. Un groupe de travail, regroupant les structures et organisations professionnelles directement concernées et co-animé par la HAS et la DGOS, a pour mission d'accompagner la réflexion méthodologique et de construire un guide méthodologique destiné à l'ensemble des professionnels.

De nombreuses actions de communication ont été initiées afin de faire connaître les possibilités offertes

par l'article 51 de la loi HPST ou de répondre aux questions des professionnels de santé.

Les coopérations entre professionnels de santé ont été retenues comme une des actions nationales que portera l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) en 2010, mais cela ne concerne, bien sûr, que les professionnels des établissements de santé publics.

Un chantier important concernant le suivi et la traçabilité des coopérations a été ouvert. En effet, il est indispensable que l'information concernant les protocoles autorisés soit aisément accessible aux professionnels concernés. Des indicateurs de suivi quantitatifs mais aussi qualitatifs doivent permettre d'évaluer le développement des coopérations.

Les ARS auront un rôle majeur à jouer : outre l'instruction des dossiers, elles devront élaborer un diagnostic partagé entre les différents acteurs du système de santé, sur les enjeux sanitaires d'un territoire, réfléchir à des outils incitatifs...

Les attentes

Tout d'abord, ces nouvelles collaborations sont de nature à améliorer le parcours du patient, la sécurité et la qualité des soins, par l'adaptation des pratiques aux évolutions des prises en charge. Les évaluations des expérimentations menées depuis 2003 l'avaient bien montré.

Pour les médecins, les coopérations peuvent contribuer à améliorer les conditions d'exercice, en développant par exemple l'exercice pluriprofessionnel (l'exercice médical pâtit du caractère individuel et isolé des conditions d'exercice) et leur permettre de privilégier les activités purement médicales. Elles peuvent être aussi l'un des éléments de réponse aux problèmes d'optimisation du temps médical.

Pour les autres professions de santé, les coopérations offrent des possibilités en termes d'attractivité des professions, d'évolution de fonctions et de perspectives de carrière autres que les seuls postes d'encadrement, par l'accroissement des missions et la reconnaissance de l'évolution des compétences par exemple. Cela peut apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux, en redéfinissant le contour des métiers, en les faisant évoluer, en créant de nouveaux métiers, en faisant émerger de nouvelles compétences... Il y a nécessité de s'interroger sur les métiers actuels pour anticiper les compétences par rapport aux besoins de la société, pour faciliter des passerelles entre différentes professions, pour préparer à des cheminements de carrière (emplois utiles et variés), pour mettre de la cohérence entre les métiers/emplois/formation. C'est tout l'enjeu de l'inscription des formations paramédicales au sein du système LMD.

Enfin, une articulation avec les expérimentations que mène la Direction de la sécurité sociale sur les nouveaux modes de rémunération est à trouver. 