


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 possible<sup>2</sup>. 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'ONDPS<sup>1</sup>, 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 recommandation<sup>2</sup> 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.



## Évolution des métiers de la santé : coopérations entre professionnels

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 suivi<sup>3</sup> 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 activités<sup>4</sup>.

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 terme<sup>5</sup>. 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. 