



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. 