

CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE



par Amandine GILARDEAU
Doctorante au CDSA, AMU

ADES | UMR
7268

Aix*Marseille
université



SOMMAIRE



Les principales lois de santé depuis les années 2000



L'intérêt de promouvoir les coopérations et les transferts des tâches entre les professionnels de santé



Définitions et cadres juridiques

LES PRINCIPALES LOIS DE SANTE DEPUIS 2000

- Loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002
- Loi About relative à la responsabilité médicale du 30 décembre 2002
- Loi 2004-806 relative à la politique de santé publique du 9 août 2004
- Loi HPST portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009
- Loi Touraine de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016
- Loi Buzyn relative à l'organisation et la transformation du système de santé du 24 juillet 2019
- Loi RIST portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé du 19 mai 2023
- Loi 2023-1268 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels du 27 décembre 2023

LEURS APPORTS SOUS L'ANGLE DU TRAVAIL COLLABORATIF

Loi HPST :

- ⊙ création des ARS,
- ⊙ répartition territoriale des professionnels libéraux (schéma régional non obligatoire pour les médecins libéraux),
- ⊙ favorisation des maisons médicales,
- ⊙ organisation des établissements publics de santé (GCS, communautés hospitalières de territoire,...),
- ⊙ coopération entre les professionnels de santé (**mise en place à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins**, avec rédaction d'un protocole et l'accord de l'ARS).

Loi Touraine :

- ⊙ réorganisation sanitaire et parcours de soins (création d'un **système national des données de santé**),
- ⊙ amélioration de l'information et de l'accès au dossier médical (instauration des **lettres de liaison**),
- ⊙ **extension du secret médical** au champ social et médico-social et aux échanges entre les professionnels,
- ⊙ extension des compétences et des obligations des professionnels de santé (**exercice en pratique avancée**, extension des compétences pour les sage-femmes, manipulateurs-radio ou encore les masseurs kinésithérapeutes, nouveau DPC et DMP).

→ Intégration du DMP à l'espace numérique de santé (depuis le 01/01/2022)

Loi Buzyn :

- ◉ mise en place des projets territoriaux de santé (reposent notamment sur les **CPTS** créés par la loi Touraine en 2016),
- ◉ création du Health Data Hub,
- ◉ **accent mis sur les télésoins** (s'applique aux auxiliaires médicaux).

Loi RIST :

- ◉ **accès direct à certaines professions** (concerne les kinésithérapeutes, les IPA et les orthophonistes exerçants dans des établissements de santé, médico-sociaux et des structures d'exercices coordonnés),
- ◉ élargissement des compétences de certaines professions d'auxiliaires médicaux au sein de différentes structures (notamment les établissements et services sociaux et médico-sociaux): les **IPA**, les orthophonistes ainsi que les masseurs kinésithérapeutes peuvent intervenir directement auprès des patients sans consultation préalable de leur médecin traitant.

→ Initialement, les IPA pouvaient assurer le suivi régulier de patients qui leur étaient confiés par un médecin traitant dans leur domaine de spécialisation, sur la base d'un protocole d'organisation établi préalablement. Désormais, dans le cadre de leur intervention directe auprès des patients accueillis au sein d'un ESSMS par exemple, les IPA établissent un compte rendu des soins dispensés qui est systématiquement adressé au médecin traitant du patient et reporté au sein du dossier médical partagé (DMP) de ce dernier.

→ Les infirmiers exerçant au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin au sein d'un établissement social ou médico-social (ESMS), puisqu'ils sont désormais autorisés à prendre en charge la prévention et le traitement des plaies ou encore prescrire des examens complémentaires et des produits de santé, déterminés par décret et arrêté.

Loi 2023-1268 :

- **renforcement de l'accompagnement des soignants** : interdiction du recours à l'intérim en début de carrière soignante
- **renforcement du rôle des infirmiers** : création du statut d'infirmier référent (responsable de la coordination des parcours de soins pour les patients en ALD), rédaction des certificats de décès par les infirmiers.
- le **territoire de santé** devient l'échelon de référence de l'organisation locale de la politique de santé (Conseil territorial de santé, responsabilité d'organisation de la permanence des soins en établissements de santé étendue, renforcement et simplification des GHT, ...)



L'INTERET DE PROMOUVOIR LES COOPERATIONS ET LES TRANSFERTS DES TACHES ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Accélérer le décloisonnement de notre système de santé par le biais de solutions concrètes pour améliorer l'accès aux soins et renforcer les dispositifs de lutte contre les inégalités de santé, notamment territoriales.

COMMENT Y PARVENIR ?

- Coordonner l'organisation territoriale des soins
- Mieux répartir les compétences et les responsabilités de chacun des acteurs en tenant compte des besoins de santé
- Réduire les délais d'accès aux soins
- Renforcer l'attractivité des métiers
- Améliorer la qualité des services rendus
- Lutter contre les déserts médicaux en modifiant le champ de compétences de certains professionnels de santé

CONSTAT

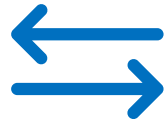
Les objectifs attendus d'amélioration de la prise en charge des patients, d'attractivité des métiers de la santé et de réponse aux tensions sur l'offre de soins ne sont pas encore atteints.

fin 2022 : seulement 1 718 diplômés en IPA en 4 ans → ambition de 5 700 diplômés d'ici 2027

LES OBSTACLES RENCONTRÉS

- ⊙ Les complexités administratives pour la mise en œuvre des protocoles de coopération;
- ⊙ L'insuffisance ou parfois l'absence de financement dédiés tant dans le déploiement que dans l'évaluation des nouveaux modes de coopération, tous modes confondus ;
- ⊙ L'absence de soutien aux équipes qui veulent s'engager dans la voie des coopérations dont la dynamique repose, non sans fragilité trop souvent, sur les personnes initiatrices ;
- ⊙ Le nombre réduit de compétences partagées.

Quelques définitions et rappels...



Transfert des tâches



Travail collaboratif



Protocoles de coopération

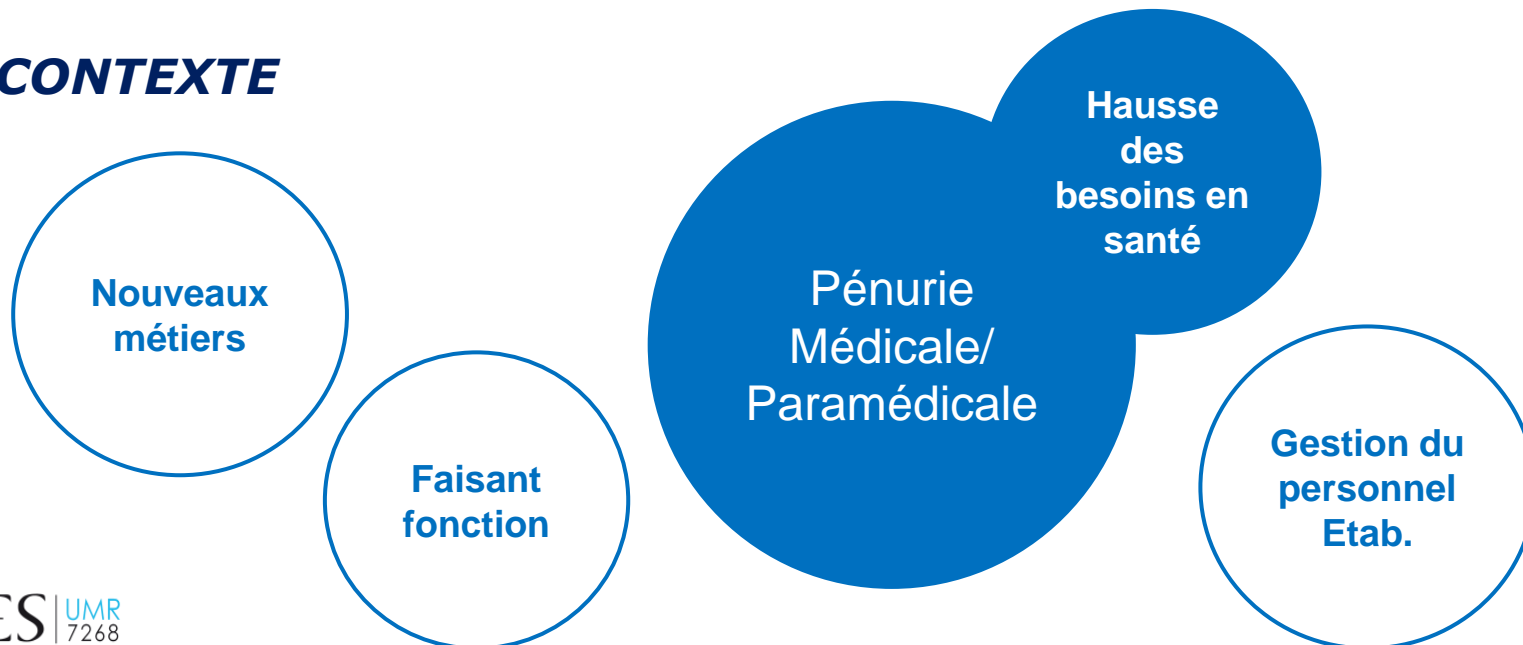
TRANSFERT DES TACHES

DEFINITION CONCRETE

Situation dans laquelle une tâche normalement assurée par un professionnel de santé (médecin, infirmier, ...) est déléguée à :

- ⦿ un professionnel de santé dont le niveau de formation et d'expérience est moindre ou différent;
- ⦿ une personne spécialement formée pour effectuer une tâche donnée sans posséder la formation officielle.

CONTEXTE



A DIFFERENCIER DU « GLISSEMENT DE TÂCHES »

Le glissement de tâches, qu'on appelle aussi parfois glissement ou transfert de compétences, n'est défini par aucun texte.

On utilise ce terme généralement au sein des établissements de santé quand un professionnel est amené à **outrepasser les compétences qui lui sont reconnues dans le cadre de son métier** (textes légaux et/ou réglementaires).

La notion de compétence fait référence aux diplômes délivrés (reconnus par l'état) et au champ de compétences de la profession prévu par les textes.



A contrario, n'entrent pas en considération :

- l'ancienneté du soignant dans son poste,
- son profil personnel (personne sérieuse, de confiance, etc.),
- le caractère plus ou moins courant de l'acte pratiqué,
- les habitudes de travail, même si elles sont unanimement acceptées, etc.

Pourtant certaines circonstances le favorisent ...

→ Mauvaise connaissance du champ de compétences, surcroît chronique de travail, effectifs réduits, mauvaise organisation ou mauvaises habitudes prises dans le service, tensions entre soignants, imprécision des textes légaux et réglementaires qui ouvrent la voie à des erreurs d'interprétation pour certaines professions, etc.

LES RISQUES DU « GLISSEMENT DE TÂCHES »



Baisse de la qualité des soins dispensés :

- Mise en danger d'autrui,
- Survenu d'un dommage pour le patient ou le résident (maltraitance, erreur médicale/paramédicale/médicamenteuse, etc.),
- Impacte sur la certification des établissements de santé (HAS).



Mise en cause et engagement de la responsabilité du/des professionnel(s) de santé ou de l'établissement de santé :

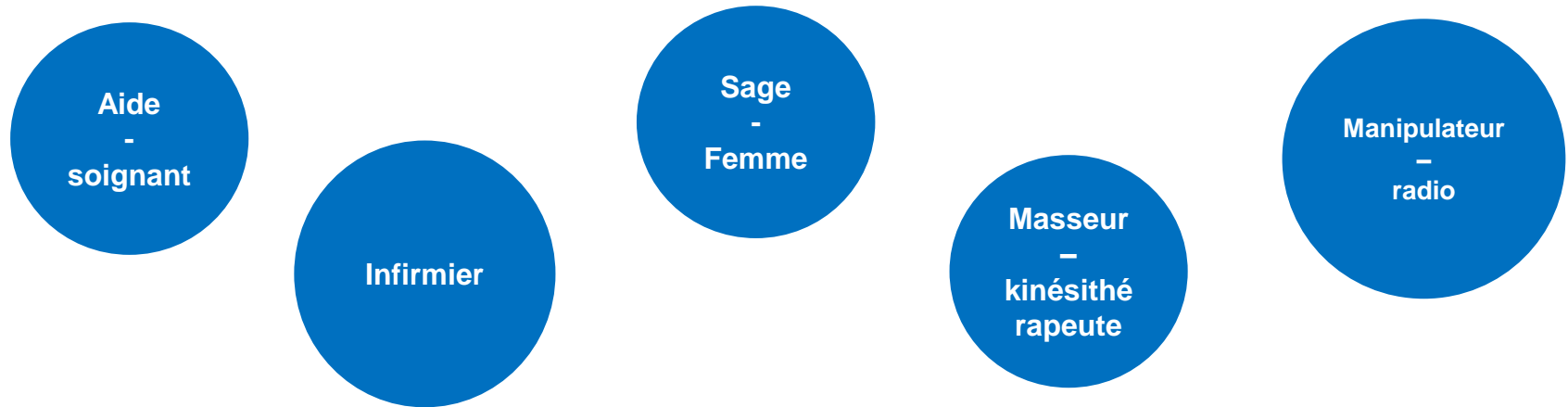
- Sanctions disciplinaires ou ordinaires,
- Procédure civile,
- Procédure pénale (exercice illégal de la profession, homicide involontaire, etc.).

NOTA BENE

Le professionnel qui confie à un autre professionnel de santé des tâches dont il sait qu'elles ne relèvent pas de ses compétences peut être poursuivi au pénal, **pour complicité d'exercice illégal**. Cette délégation illégale peut aussi engager sa responsabilité civile et ordinaire.

L'établissement, ainsi que le chef du service et/ou de pôle, peuvent également voir leur responsabilité engagée s'il est établi qu'ils avaient pleinement conscience de l'existence du glissement de tâches, le toléraient, voire l'organisaient.

LES PROFESSIONS LES PLUS EXPOSÉES AU GLISSEMENT DE TÂCHES



COMMENT LIMITER CES RISQUES ?

- **connaître le plus précisément possible son cadre légal d'exercice**, pour s'apercevoir d'un glissement de tâches et être ainsi en mesure d'y mettre un terme.
- **Faire remonter les situations de glissement de tâches**

Travail collaboratif

LA COLLABORATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DANS LA REALISATION DE CERTAINS ACTES

- L'article R. 4311-10 du code de la santé publique liste les actes de soins pour lesquels l'infirmier(e) participe à la mise en œuvre par le médecin (électrocardiogrammes, pose de système d'immobilisation après réduction, premier sondage vésical après rétention, etc.).
- L'article R. 4311-4 du même code traite de la collaboration entre les aides-soignants et les infirmiers, pour la réalisation d'actes relevant du rôle propre infirmier : « *les soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant.* »

L'AS n'est juridiquement pas habilité pour les autres actes de la compétence IDE.

LA COLLABORATION MEDECIN-IPA

Les modalités de collaboration entre médecins et IPA sont formalisées dans un protocole organisationnel (art. R. 4301-4 csp).

➔ Intervention " psychiatrie et santé mentale " : le protocole d'organisation est établi entre un ou plusieurs psychiatres et un ou plusieurs IPA.

Ce protocole signé par l'ensemble des parties précise notamment :

- ⊙ le ou les domaines d'intervention concernés ;
- ⊙ les modalités de prise en charge par l'IPA des patients qui lui sont confiés ou qu'il prend en charge (art R. 4301-3-1 csp) ;
- ⊙ les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'IPA;
- ⊙ Etc.

LES COLLABORATIONS AU SEIN DE STRUCTURES PLURIPROFESSIONNELLES

Les professionnels de santé peuvent ainsi créer une société interprofessionnelle de soins ambulatoire (Sisa), intégrer une maison de santé pluriprofessionnelles ou encore un centre de santé.

LES AVANTAGES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

- ⊙ exercice coordonné pour la prise en charge des patients ;
- ⊙ échanges interprofessionnels facilités ;
- ⊙ souplesse dans l'organisation et la gestion du temps de travail ;
- ⊙ mutualisation des frais de fonctionnement du cabinet professionnel ;
- ⊙ une rémunération spécifique pour la structure s'ajoutant à la rémunération du professionnel de santé.

LES AVANTAGES POUR LES PATIENTS

- ⊙ une offre de soins de proximité ;
- ⊙ un lieu de prise en charge la plus globale possible ;
- ⊙ une continuité de soins tout au long de l'année ;
- ⊙ un parcours de soins simplifié.

PROTOCOLES DE COOPERATION

Rappel : La délégation de compétences est organisée dans le cadre des protocoles de coopération prévus à l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009.

Les protocoles de coopération permettent :

- ⊙ des **transferts d'actes ou d'activités de soins à visés préventive, diagnostique ou thérapeutique** entre professionnels de santé,
- ⊙ des réorganisations des modes d'intervention des professionnels de santé auprès des patients.

Le cadre strict de la mise en œuvre du protocole de coopération permet une **dérogation aux décrets de compétences de chaque professionnel paramédical de santé.**

Le professionnel déléguant se recentre sur les situations demandant une expertise renforcée

Le professionnel de santé délégué développe de nouvelles compétences.

Deux modèles de protocoles de coopération :

- ⊙ Les protocoles de coopération **nationaux**, autorisés par arrêté ministériel
- ⊙ Les protocoles de coopération **locaux**, élaborés et applicables au seul usage de l'équipe promotrice

« Les responsables des entités à l'initiative des protocoles (...) déclarent la mise en œuvre des protocoles auprès du directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente. Celui-ci transmet ces protocoles, pour information, à la Haute Autorité de santé ainsi qu'au comité national des coopérations interprofessionnelles mentionné à l'article L. 4011-3. »

art 3, LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

SOIT une autorisation et une évaluation strictes des protocoles par l'ARS avant leur généralisation à l'ensemble du territoire national.

Dans le cadre des protocoles de coopération, il est tenu compte des connaissances, mais aussi de l'expérience acquise dans son exercice.

Quand les actes sont réalisés dans le cadre d'un protocole autorisé, il n'y a pas de glissement de tâches.

POUR QUELS PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?

Tous les professionnels de santé peuvent mettre en œuvre un protocole de coopération dans le cadre d'un exercice coordonné ou en équipe, indifféremment du mode d'exercice (salarié public ou privé, libéral etc...) et du cadre d'exercice (établissements de santé, centres de santé, cabinet libéral, maison de santé pluri professionnelle etc...). cf. art L.4011-1 CSP

Un protocole de coopération national peu prévoir un mode d'exercice ou un cadre d'exercice spécifique qu'il est impératif de respecter. Idem s'il prévoit une combinaison particulière de professionnels de santé.

QUELLES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE ?

- ⊙ **à l'initiative** des professionnels de santé;
- ⊙ l'ensemble des professionnels de santé doivent être **volontaires**;
- ⊙ au minimum un binôme est requis (travail d'équipe);
- ⊙ le professionnel médical déléguant doit disposer de la qualification et de la formation requise par la mise en œuvre du protocole de coopération;
- ⊙ le professionnel paramédical délégué doit suivre **la formation complémentaire** à la réalisation des actes dérogatoires, préalablement à la mise en œuvre effective du protocole ;
- ⊙ Respect des exigences de **qualité** et de **sécurité** posées par le décret n°2019-1482 du 27/12/2019;
- ⊙ **information préalable** des patients + recueil de leur **consentement** → obligatoire
- ⊙ le protocole de coopération répond à **un besoin de santé** de la région

QUELQUES CHIFFRES ...

Selon le site de la HAS :

- ◉ comptabilisation de 57 protocoles nationaux de coopération autorisés fin 2023.
- ◉ un peu plus de 400 000 patients ont bénéficiés de près de 600 millions d'actes délégués dans ce cadre en 2022, avec 0,12 % d'EI (sans EIG).
- ◉ qualité des actes délégués : moins de 40 000 patients (9,1 %) ont été réorientés vers les délégants (sachant que des réorientations sont intervenues car elles étaient prévues aux protocoles).

NOTA BENE :

- ◉ l'application des protocoles est très hétérogène (allant de plusieurs milliers de patients à quelques dizaines).
- ◉ 57 protocoles nationaux restent un chiffre faible.
- ◉ des obstacles organisationnels et financiers ralentissent le recours aux protocoles de coopération.

Exemple, 21 mois après l'avis favorable de la HAS en mai 2022 sur le protocole de coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou en situation de handicap et en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins, la rémunération du protocole n'était toujours pas fixée en mars 2024.

[Liste des protocoles nationaux autorisés \(ES, structures pluriprofessionnelles ou en libéral\)](#)

IN FINE...

On constate que la crise de la Covid-19 a permis un renforcement du lien collaboratif entre les professionnels de santé exerçant à titre libéral ou au sein des établissements de santé (public-privé). Ce qui renforce la continuité des soins pour les patients tout au long du parcours de soins coordonnés, même si des ruptures demeurent.

Le travail collaboratif s'inscrit donc progressivement et durablement dans la lutte contre :

- ⊙ Le cloisonnement entre le secteur libéral (ville) et les établissements de santé.
- ⊙ La désertification médicale/paramédicale et l'abandon des soins par les patients