



Haut Conseil pour l'avenir  
de l'assurance maladie

# **Les dispositifs juridiques d'organisation des professions de santé et leur évolution**

(hors cadre hospitalier)

**Document de travail**

**Février 2023**

## Tables des matières

SYNTHESE.....	5
<b>LES DISPOSITIFS JURIDIQUES D'ORGANISATION DES PROFESSIONS DE SANTE ET LEUR EVOLUTION (HORS CADRE HOSPITALIER) - ELEMENTS D'ANALYSE .....</b>	<b>7</b>
<b>1. PREAMBULE SUR LA METHODE .....</b>	<b>7</b>
<b>2. DROIT DES PROFESSIONS DE SANTE ET PILOTAGE CONTEXTUEL DU SYSTEME DE SANTE .....</b>	<b>8</b>
2.1. <i>Une structuration des professions de santé quasi inchangée .....</i>	8
2.1.1. <i>Des professions réglementées.....</i>	8
2.1.2. <i>La centralité des décrets d'actes pour l'organisation interne entre les professions de santé.....</i>	9
2.1.3. <i>La prédominance du cadre conventionnel professionnel.....</i>	10
2.2. <i>Un pilotage contextuel des professions de santé .....</i>	10
2.2.1. <i>La réorganisation des études et la redistribution des rôles.....</i>	11
2.2.2. <i>Le développement de l'accès direct.....</i>	12
2.2.3. <i>L'évolution des compétences des sages-femmes : un exemple exemplaire « d'entre-deux ».....</i>	13
<b>3. FRAGMENTATION DES CONDITIONS D'EXERCICE ET DES REGLES, OUTILS ET INSTRUMENTS APPLICABLES AUX PROFESSIONS DE SANTE .....</b>	<b>16</b>
3.1. <i>L'installation : contrastes juridiques et éléments de débat .....</i>	16
3.1.1. <i>Hétérogénéité des choix et modalités de régulation en matière d'installation .....</i>	16
3.1.2. <i>Des choix sous tension en matière d'installation des médecins.....</i>	17
3.2. <i>L'évolution des conditions matérielles de l'exercice professionnel.....</i>	18
3.2.1. <i>L'aide au recrutement d'assistants médicaux.....</i>	19
3.2.2. <i>Le développement de la digitalisation dans l'exercice de la médecine .....</i>	19
3.3. <i>Le renforcement des dispositifs d'exercice coordonné : un déploiement tous azimuts .....</i>	21
3.3.1. <i>Présentation schématique des différents outils et dispositifs .....</i>	21
3.3.2. <i>La conditionnalité du financement des structures d'exercice coordonné posée par les accords et conventions conclus avec l'Assurance maladie.....</i>	23
3.3.3. <i>L'outil innovant des protocoles de coopération pour déroger aux décrets d'actes.....</i>	24
3.4. <i>La rémunération des professionnels de santé .....</i>	25
3.4.1. <i>Régulation conventionnelle concernant la rémunération de l'activité : caractéristiques et limites.....</i>	26
3.4.2. <i>Exercice coordonné et rémunération des professionnels de santé : une équation encore à résoudre malgré des avancées ponctuelles.....</i>	28
3.4.3. <i>Expérimentations de l'article 51 LFSS pour 2018 et rémunération des professionnels de santé.....</i>	30

<b>4. CONCLUSION.....</b>	<b>32</b>
<b>MODALITES DE DEFINITION DES PROFESSIONS DE SANTE DANS QUELQUES PAYS EUROPEENS .....</b>	<b>33</b>
<b>1. CONTEXTE .....</b>	<b>34</b>
<b>2. MODALITES DE DEFINITION.....</b>	<b>34</b>
<b>3. L'INTERDEPENDANCE ENTRE CADRE JURIDIQUE ET CONDITIONS ECONOMIQUES D'EXERCICE .....</b>	<b>36</b>
<b>LES DISPOSITIFS JURIDIQUES D'ORGANISATION DES PROFESSIONS DE SANTE ET LEUR EVOLUTION (HORS CADRE HOSPITALIER) ET LEUR EVOLUTION .....</b>	<b>38</b>
<b>1. LES RESPONSABILITES DES PROFESSIONNELS DE SANTE SONT DEFINIES PAR DECRETS ET ARRETES, ET CODIFIEES PAR LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.....</b>	<b>38</b>
1.1. <i>La législation française consacre a priori la primauté du corps médical, le médecin disposant du monopole du diagnostic initial.....</i>	39
1.1.1. <i>Médecins.....</i>	39
1.1.2. <i>Chirurgiens-dentistes .....</i>	44
1.1.3. <i>Pharmaciens.....</i>	45
1.1.4. <i>Les sages-femmes, un modèle de professionnel de santé « hybride » ? .....</i>	51
1.2. <i>Pour les autres professionnels de santé, le modèle du décret d'actes reste majoritaire, bien que ceux-ci puissent également définir des champs d'autonomie importants.....</i>	56
1.2.1. <i>L'activité des infirmiers est particulièrement encadrée par le code de la santé publique et le référentiel de compétences de la profession d'infirmier .....</i>	57
1.2.2. <i>Les masseurs-kinésithérapeutes ont vu leurs compétences et leur autonomie progressivement élargies .....</i>	63
1.2.3. <i>Si le code la santé publique ne reconnaît ni les infirmiers ni les masseurs-kinésithérapeutes comme « professions médicales », la codification de leur code de déontologie les rapproche de ces professions.....</i>	65
1.2.4. <i>Les aides-soignants ne disposent pas d'un champ de compétence propre dans la réglementation.....</i>	66
1.3. <i>Ce constat est conforté par les règles et la jurisprudence relatives à la responsabilité des professionnels de santé.....</i>	68
1.3.1. <i>La délégation de tâches d'un médecin à un autre professionnel n'équivaut pas systématiquement à une délégation de responsabilité, au contraire des transferts de compétences et de l'exercice dans le cadre du rôle propre de chaque professionnel.....</i>	68
1.3.2. <i>Responsabilité pénale et exercice illégal de la médecine.....</i>	69
<b>2. LE RENFORCEMENT RECENT DES DISPOSITIFS ET OUTILS VISANT A FAVORISER LA COOPERATION ET LA COORDINATION ENTRE PROFESSIONNELS.....</b>	<b>80</b>
2.1 <i>La pluralité de structures d'exercice coordonné à disposition des professionnels.....</i>	80
2.1.1. <i>Les structures de santé professionnelles ou pluriprofessionnelles (CDS et MSP) .....</i>	80
2.1.2. <i>Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) .....</i>	83
2.2 <i>Les équipes de soins, modalité non organique de coopération professionnelle.....</i>	85
2.2.1. <i>Les équipes de soins primaires (ESP) .....</i>	85
2.2.2. <i>Les équipes de soins spécialisés (ESS).....</i>	85
2.3.1. <i>Les objectifs.....</i>	86
2.3.2. <i>Une première évaluation mitigée.....</i>	86
2.3.3. <i>Les deux types actuels de protocole.....</i>	86

Ce document a été écrit avec le concours d'Anne-Sophie Ginon et de Marion Del Sol, conseillères scientifiques du Hcaam, et de John Houldsworth, qui était conseiller scientifique du Hcaam lors de la rédaction d'une première version de ce document.

## Synthèse

L'organisation des professions de santé repose en grande partie sur le cadre juridique, qui définit les qualifications nécessaires (et donc les formations associées), les missions confiées et les actes autorisés ainsi que les modalités possibles d'organisation.

Les dispositifs juridiques d'organisation des professions de santé<sup>1</sup> constituent un ensemble complexe (cf. tableau synthétique page 67), ayant connu de nombreuses évolutions récentes qui illustrent la tension entre :

- la rigidité nécessaire pour garantir la qualité et la sécurité des soins<sup>2</sup>
- la souplesse permettant de répondre aux enjeux d'accès aux soins et d'efficience (montée en compétence des non médecins, développement de formes d'organisation collective de travail...).

Mais ces évolutions restent généralement parcellaires, relevant d'une normativité souple : protocoles, expérimentations se développent sur la base du volontariat assorti d'incitations, le législateur cherchant souvent des dispositifs *in situ*, sortes de laboratoires d'expérimentation.

Ces évolutions n'ont pas modifié les grands principes structurants du droit des professions de santé, qui :

- distingue les professions médicales, les professions de la pharmacie et la physique médicale, les auxiliaires médicaux<sup>3</sup>
- reste fondé sur :
  - o la primauté du corps médical et l'omnivalence du diplôme de médecin
  - o la définition limitative des interventions des auxiliaires médicaux *via* les décrets d'actes

A l'intérieur de ces grands principes, les champs de compétence et d'autonomie des non-médecins se sont étendus, notamment à des activités autrefois réservées aux médecins, ce qui brouille les frontières entre professions. Le graphique ci-dessous illustre à la fois la centralité du rôle du médecin et les chevauchements entre professions. Ces chevauchements ont l'avantage de permettre des adaptations locales des prises en charge en fonction des professionnels présents. Ils peuvent néanmoins entretenir le sentiment de concurrence entre professions, dans un contexte où le cadre conventionnel reste structuré profession par profession et où le paiement à l'acte reste majoritaire.

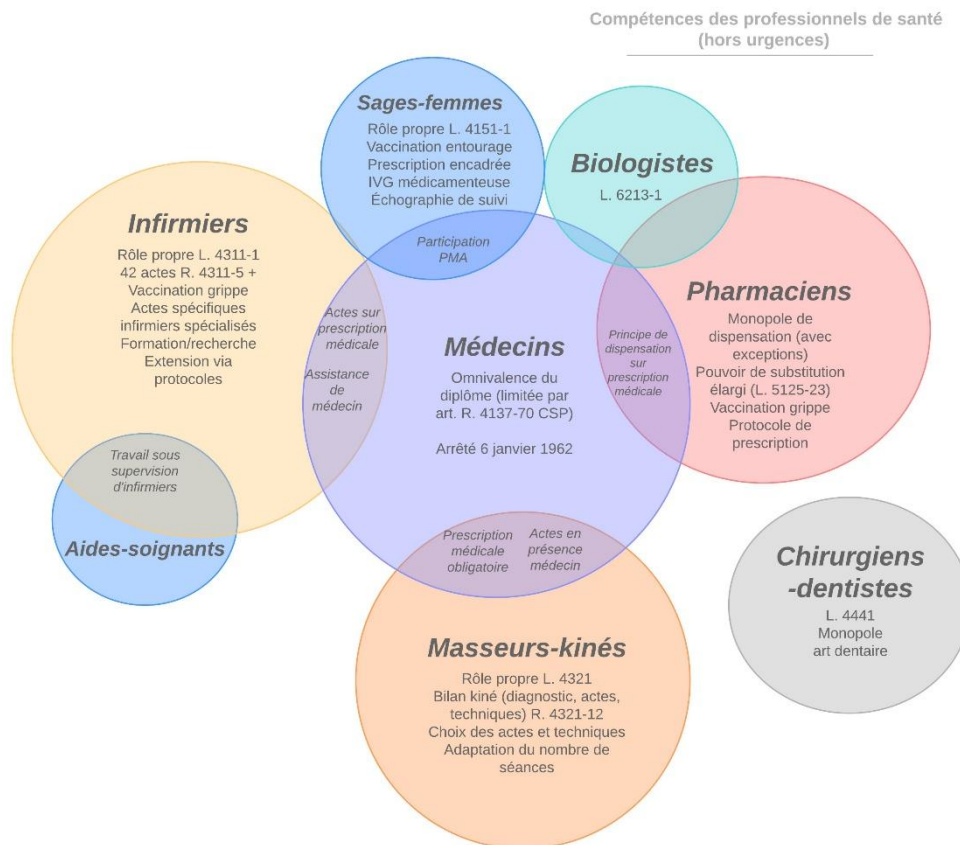
---

<sup>1</sup> Le présent rapport s'intéresse principalement aux professions suivantes : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et aides-soignants.

<sup>2</sup> Impératifs qui justifient que l'accès à ces professions soit conditionné par l'obtention de titres garants de la qualification professionnelle

<sup>3</sup> Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, audioprothésistes, opticien lunetier, prothésistes orthésistes, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, assistants dentaires

## Interactions entre les champs de compétences des professionnels de santé



Les infirmiers bénéficient de différents degrés d'autonomie selon la nature de l'acte : plus on est proche du *care*, moins l'activité est encadrée, notamment par une instruction préalable par un médecin. Les missions des pharmaciens se sont élargies, glissant d'une logique fondée sur les produits de santé vers une logique fondée sur le service aux patients (incluant les soins et la prévention). Les masseurs-kinésithérapeutes tendent à devenir l'acteur principal de la rééducation plutôt que l'exécutant d'une prescription médicale précise.

Si les principes fondateurs du droit des professions sont restés quasi inchangés, les conditions d'exercice de ces professions, les règles et instruments mobilisés pour les régir ont fortement évolué et se sont fragmentés.

La suite de ce document détaille la structure juridique qui organise les professions de santé (hors cadre hospitalier, Protection maternelle et infantile (PMI), médecine scolaire, médecine du travail), et ses évolutions. Le rôle, central, du patient en tant qu'acteur des soins n'est pas abordé et fera l'objet de travaux ultérieurs du Hcaam. Il convient simplement de noter à ce stade que la mise à disposition de la population d'outils permettant de tester certaines infections, de mesurer la tension, l'oxygène ou la glycémie dans le sang, etc. conduit à repenser les responsabilités exerçables par chaque professionnel.

Centré sur l'analyse de la cohérence interne du droit, ce document ne se prononce pas sur la pertinence des objectifs poursuivis par les évolutions juridiques, ni sur leur effectivité. Par conséquent, il n'a pas vocation à formuler des propositions. Il est composé :

- d'une note analytique sur les dispositifs juridiques d'organisation des professions de santé et leur évolution
- d'un éclairage international
- d'une note plus détaillée décrivant l'architecture actuelle des dispositifs et son évolution

# Les dispositifs juridiques d'organisation des professions de santé et leur évolution (hors cadre hospitalier) - Eléments d'analyse

## 1. Préambule sur la méthode

L'analyse retrace les évolutions juridiques qui organisent les professions de santé (hors cadre hospitalier). Elle livre à cette fin des constats de type analytique sur l'état du droit actuellement applicable aux professions de santé. La règle de droit y est donc saisie comme un système global qui a vocation à déployer des concepts et à organiser, par la structuration qu'il propose, des relations juridiques entre les professions de santé. Cette analyse peut donc s'apparenter à la mise en lumière du cadre juridique et de ses notions comme des tensions qui résultent de la structuration juridique actuelle des professions de santé. Centrée sur la cohérence interne du droit, elle ne se prononce pas sur la pertinence des objectifs (pilotage du système de santé, gestion de ses ressources...) poursuivis par les évolutions juridiques, ni sur la pertinence ou l'effectivité de ces évolutions. Par conséquent, **l'analyse juridique proposée ci-dessous n'a pas vocation à formuler des propositions, ni même à suggérer des aménagements.**

L'analyse montre que le droit a dû évoluer pour répondre moins à des questions de frontières entre les professions de santé et d'autres professionnels qu'à des questions de pilotage contextuel du système de santé comme de gestion de ses ressources. Depuis les années 1990, les pouvoirs publics ont introduit une série de réformes pour améliorer les performances du système de santé et de l'assurance maladie. Le souci de concilier l'amélioration des conditions d'accès aux soins avec l'objectif d'équilibre financier des régimes a conduit les politiques publiques à opter pour l'adoption d'une diversité de mesures correctrices afin de répondre au mieux aux besoins en matière de santé et aux difficultés rencontrées (y compris tout récemment celles liées à la gestion des crises épidémiques).

Et c'est dans ce cadre que le droit des professions de santé (droit qui régit et régule l'activité et les conditions d'exercice des professions de santé) a été mobilisé par les politiques publiques comme un instrument de réalisation de leurs objectifs (2). Cette évolution a emporté une démultiplication, voire une fragmentation des modalités d'exercice comme de rémunération des professionnels de santé (3). Elle soulève des questions de cohérence ainsi que de lisibilité du système.

## 2. Droit des professions de santé et pilotage contextuel du système de santé

Malgré de nombreuses réflexions et propositions pour faire évoluer le système de santé, l'architecture juridique qui a été initialement imaginée pour organiser les professions de santé n'a guère évolué (2.1). Ce sont aujourd'hui plutôt des réformes ponctuelles adoptées pour résoudre des problèmes identifiés tant sur la gouvernance que sur l'organisation du système de santé (politiques de santé publique, loi de financement de la sécurité sociale, etc.) qui sont à l'origine des principales mesures correctrices qui ont été adoptées s'agissant des professions de santé (2.2).

### 2.1. Une structuration des professions de santé quasi inchangée

En dépit des différents plans et textes adoptés pour réformer le système de santé, l'organisation juridique des professions de santé est restée quasiment à structuration constante. En effet, ces professions obéissent au régime juridique des professions réglementées et sont toujours ordonnées à partir du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Elles répondent en outre à des conditions d'exercice définies en silo par la voie conventionnelle, c'est-à-dire qu'elles obéissent à un régime juridique conventionnel qui est défini profession par profession.

#### 2.1.1. Des professions réglementées

Les professions de santé appartiennent à la catégorie des professions « réglementées », c'est-à-dire, comme l'a précisé la Cour de Justice de l'Union européenne, à celles dont l'accès ou l'exercice « est directement ou indirectement régi par des dispositions de nature juridique ». Ainsi, le Code de la santé publique réglemente l'accès aux professions de santé et protège les titres nécessaires.

L'acquisition d'un diplôme spécifique est la condition cardinale de l'organisation juridique des professions de santé car elle permet d'habiliter le professionnel de santé à l'exercice d'un certain nombre d'activités qui portent atteinte à l'intégrité du patient<sup>4</sup>. La réglementation des professions de santé repose sur des conditions de qualification qui consistent en l'obtention d'un diplôme d'Etat ou d'un titre spécifique, voire d'une certification. Cette exigence relative au diplôme, au titre ou au certificat constitue ainsi la condition nécessaire à l'exercice légal de la profession. Elle est d'ailleurs protégée par des monopoles d'exercice auxquels sont adossées des infractions pénales. Ces infractions permettent de déterminer les limites que ne sauraient franchir les non-professionnels de santé sans tomber sous le coup de l'incrimination. Le monopole d'exercice, qui constitue une limitation de l'accès aux professions de santé, concourt ainsi à la protection de la santé publique.

---

<sup>4</sup> CSP, art. L. 4111-1 : « nul ne peut accéder à la profession de médecin s'il n'est titulaire des diplômes, certificats et titres mentionnés ci-dessous ».



## La place des Ordres professionnels

Les différents Ordres professionnels regroupent obligatoirement toutes les personnes autorisées à exercer les professions médicales (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien). Depuis 2004, il existe également des Ordres pour la profession de masseur-kinésithérapeute<sup>5</sup> et de pédicure-podologue<sup>6</sup> et, depuis 2006, pour la profession d'infirmier<sup>7</sup>. Ces Ordres ont pour mission, pour chacune des professions qu'ils regroupent, de veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de ces professions.

Ils disposent à cette fin d'habilitations législatives pour contrôler l'accès aux professions, proposer la rédaction de règles de déontologie ainsi que du pouvoir d'en sanctionner l'inobservation par des mesures disciplinaires (compétence reconnue aux Conseils régionaux et nationaux sous le contrôle du Conseil d'État). La procédure d'inscription au tableau de l'Ordre permet aux Conseils départementaux de vérifier si le postulant remplit les conditions de qualification professionnelle<sup>8</sup> en établissant une liste des titres et des certifications reconnues pour les ressortissants dont les titres de formation ne figurent pas dans la liste fixant les conditions de reconnaissance automatique (annexe de la directive européenne du 7 septembre 2005).

Les innovations normatives des Codes de déontologie sont néanmoins moindres aujourd'hui en raison d'une forte activité du législateur en matière de protection des droits des patients (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et aux usagers du système de santé et la loi du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité médicale) ainsi qu'en matière de santé publique (loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, loi HPST du 21 juillet 2009, loi Touraine du 26 janvier 2016, loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, loi Rist du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification).

### *2.1.2. La centralité des décrets d'actes pour l'organisation interne entre les professions de santé*

L'organisation juridique interne des professions de santé obéit à une liste d'actes à finalité médicale qui a vocation à habilitier chacun des professionnels de santé non médecins à intervenir les uns par rapport aux autres. Ces listes codifient les domaines d'activité des différents métiers par des listes d'examens, d'actes ou de thérapeutiques susceptibles d'être réalisés ou prescrits pour chaque profession de santé. Elles donnent depuis l'origine une place centrale au médecin qui est habilité à réaliser à titre général toutes les missions exécutables par chacun des autres professionnels de santé. Ces décrets d'actes qui ont une place centrale pour déterminer les frontières de l'exercice n'ont été finalement que très peu modifiés, hormis dans des cas restreints ou pour résoudre des situations de crise (par exemple la politique de vaccination lors de l'épidémie de la Covid-19).

---

<sup>5</sup> Art. L. 4112-1 du CSP.

<sup>6</sup> Art. L. 4322-6 du CSP.

<sup>7</sup> Art. L. 4312-1 du CSP.

<sup>8</sup> L'inscription au tableau d'un Ordre rend licite l'exercice de la profession sur tout le territoire national.

### 2.1.3. La prédominance du cadre conventionnel professionnel

L'organisation juridique des professions de santé repose toujours sur la négociation de conventions sectorielles, qui établissent pour chaque profession les tarifs applicables aux différentes activités. Les conventions, qui sont négociées en silo avec les syndicats représentatifs de chaque profession de santé, sont limitées dans leur champ d'application à la profession qui en est signataire. Et les accords interprofessionnels qui ont été créés n'ont pas remis en cause ce choix systémique des conventions d'organisation des professions de santé qui ne sont pas interprofessionnelles. L'objet des conventions s'est toutefois élargi et dépasse aujourd'hui le seul champ des règles tarifaires, ces dernières étant devenues des instruments plus globaux de pilotage du système de santé et même une modalité d'exercice du pouvoir réglementaire selon la décision rendue par le Conseil constitutionnel le 22 janvier 1990.

Au final, et en dépit du souhait constant de réforme, c'est une très grande stabilité de l'organisation juridique des professions de santé qui s'observe. Les éléments structurants – fondateurs – du système juridique n'ont guère évolué, avec en parallèle l'introduction massive d'outils de pilotage qui ont concentré les évolutions sur l'adoption au fil de l'eau de mesures d'ajustement à visée correctrice. Ces politiques publiques de pilotage ont conduit à une prolifération de nouveaux procédés juridiques présentés comme plus « décentralisés », plus « souples » et donc « moins prescriptifs ». Ces procédés sont déployés ensuite par une multiplicité d'acteurs, publics et privés, selon des dispositifs d'incitation qui appellent des normes temporaires, évolutives et réversibles, le législateur cherchant souvent des dispositifs *in situ*, sortes de laboratoires d'expérimentation.

## 2.2. Un pilotage contextuel des professions de santé

Les tensions sur les ressources (budgétaires mais aussi en personnel) ont renforcé l'adoption de politiques publiques relatives au système de santé pour effectuer des arbitrages et des choix en termes d'allocations de moyens et adapter au mieux les ressources disponibles aux besoins qui s'expriment. Ces décisions publiques ont eu pour effet de faire entrer un impératif de pilotage des professions de santé sur la scène publique et d'y diffuser des outils contextuels de gouvernance et de régulation pour corriger les défauts constatés. Les réformes restent néanmoins souvent parcellaires, expérimentales pour certaines, empruntant souvent une forme de normativité que l'on pourrait qualifier de « souple » (qui prend le plus souvent la forme de « protocoles », de recommandations, voire de dérogations temporaires). Ces évolutions n'entrent en effet réellement dans le « droit dur », voire dans le droit commun, qu'une fois leurs effets éprouvés ou leurs intérêts démontrés par des expérimentations (et des évaluations) *in situ*.

### 2.2.1. La réorganisation des études et la redistribution des rôles

Face au déficit de médecins au niveau national et à leur inégale répartition sur le territoire, le législateur a tenté de modifier les règles relatives à leur formation en utilisant non seulement les instruments classiques de planification de l'offre de soins (réforme des études médicales<sup>9</sup>, desserrement progressif du *numerus clausus* des étudiants et remplacement par des objectifs nationaux pluriannuels, création de dispositifs d'attractivité pour certains types d'exercice, tels que des bourses d'étude, des primes à l'installation ou la majoration d'honoraires pour certains lieux ou types d'exercice<sup>10</sup>), mais aussi, et en parallèle, en incitant à des réorganisations volontaires sur le terrain.

Ces réorganisations constituent en outre une réponse aux demandes, de la part des professions non médicales, d'une meilleure valorisation de leurs compétences, et visent une réduction des coûts (lorsque des tâches jusqu'alors effectuées par des médecins le sont par des professionnels ayant suivi des études plus courtes). La loi consacre ainsi dans la loi de 2009 un nouvel instrument de pilotage appelé « *protocole de coopération* » dans le but de « *redistribuer les tâches confiées à chacun des professionnels pour réaliser des transferts d'activités, d'actes ou de soins* » (v. partie 2). Les préoccupations rappelées ci-dessus expliquent ainsi la publication de plus d'une cinquantaine de protocoles de coopération et délégation de tâches entre médecin et infirmier le plus souvent, mais aussi entre médecin et d'autres professionnels, notamment les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes.

#### **Les protocoles de coopération (v. partie 2)**

Ils entendent faire évoluer l'organisation des soins en permettant des transferts d'activité ou d'actes entre professionnels de santé ne relevant pas d'un même décret d'actes et donc des mêmes habilitations. Près de trois protocoles autorisés sur quatre (43 sur 60) relèvent du secteur hospitalier. Ces protocoles restent limités à un exercice dérogatoire : pour l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), « *les protocoles s'apparentent davantage à la faculté de déroger, localement, à la répartition réglementaire des compétences entre professionnels volontaires* »<sup>11</sup>. Ils n'élargissent pas les attributions qui ont été confiées aux professionnels pour l'exercice de leur métier socle (parmi les protocoles actuellement en vigueur, 20 ont un champ d'intervention qui se superpose avec les compétences des Infirmières en pratique avancée (IPA)).

Les protocoles nationaux sont en outre souvent jugés complexes dans la procédure de validation des compétences comme dans les modalités de rémunération des professionnels, tout comme dans le poids des indicateurs qui sont à renseigner ainsi que dans les faibles gains d'autonomie qu'ils octroient *in fine* aux professionnels de santé impliqués<sup>12</sup>, cette autonomie restant toujours très encadrée.

<sup>9</sup> La Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2023 a prévu de créer une 4<sup>e</sup> année au diplôme d'études spécialisées de médecine générale (internat).

<sup>10</sup> L'objet des conventions médicales s'est enrichi de nouveaux thèmes, et notamment l'adoption de « *mesures d'adaptation notamment incitatives (...) applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones « déficitaires »* (Code de la Sécurité sociale (CSS), art. L. 162-5 20°) et « *les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins* » (CSS, art. L. 162-5 21°).

<sup>11</sup> Igas, *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétence entre professionnels de santé*, nov. 2021, p. 46

<sup>12</sup> Rapport Igas, précité, p. 5.

Elles ont également conduit législateur et pouvoir réglementaire à élargir les attributions de certains professionnels qui exercent des missions de premier recours. C'est le cas des attributions nouvelles qui ont été confiées aux pharmaciens d'officine (exemple du conseil en médication), des évolutions du métier d'infirmier, et plus récemment de celui d'aide-soignant<sup>13</sup>. À cet égard, la LFSS pour 2023 élargit le nombre de professionnels de santé habilités à prescrire les vaccins du calendrier des vaccinations (sages-femmes, infirmiers, pharmaciens, laboratoires de biologie médicale) afin d'améliorer la couverture vaccinale de la population.

La place grandissante de l'infirmier en pratique avancée (IPA)<sup>14</sup> doit, quant à elle, être mise à part. Si elle s'entendait initialement comme permettant une pratique autonome dans le cadre de situations comportant des risques limités, elle s'est, en raison de nombreuses réticences, limitée à une délégation de patientèle<sup>15</sup> sur un champ circonscrit, subordonné à autorisation médicale et compte-rendu intégral de l'activité au médecin traitant<sup>16</sup>. Elle est uniquement conçue en exercice collectif : l'article L. 4301-1 CSP, qui définit les modalités d'exercice de la pratique avancée, l'a placée d'emblée dans le cadre d'un exercice collectif coordonné<sup>17</sup>. Elle vise des actes et des activités et se déploie souvent à l'hôpital ou dans des établissements de soins. Il n'en reste pas moins que la montée en charge des « qualifications intermédiaires » est désormais identifiée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins en confiant davantage d'attributions aux professionnels de proximité et de premier recours. Notons que l'exercice en pratique avancée n'a pas pour objet ni pour effet de créer de nouvelles professions. Il élargit le périmètre d'exercice d'une profession préexistante de sorte qu'il introduit des outils de gestion de l'évolution des attributions qui ne passent pas par la catégorie juridique de la profession.

### *2.2.2. Le développement de l'accès direct*

L'accès direct se définit par la possibilité de réaliser un acte ou un soin en l'absence de prescription médicale (juridiquement, on met en place des « dispenses ») avec des logiques d'adressage, de coordination d'informations. L'accès direct répond à une politique de reconnaissance statutaire de nouvelles attributions professionnelles. Il suppose que le professionnel ait une qualification pour délivrer seul des soins de qualité en toute sécurité. Il repose ainsi sur une évolution des qualifications professionnelles avec une formation préalable à la réalisation de l'acte. Dans l'accès direct, il n'y a pas de délégation de tâches mais la reconnaissance d'une capacité juridique de diagnostic en faveur du professionnel qui bénéficie de l'accès direct (avec la question de la reconnaissance d'une capacité à formuler un diagnostic différentiel en plus du diagnostic d'exclusion des interventions dangereuses ou situations complexes qui ne relèvent plus de son périmètre d'intervention).

Afin de dégager du temps médical pour les médecins et de raccourcir les délais d'accès à certains soins ou à certains professionnels de santé, le législateur a cherché à favoriser l'accès direct. Plusieurs professionnels de santé se sont ainsi vus octroyer la capacité de

---

<sup>13</sup> Le décret du 23 juillet 2021 introduit la notion de soins courants de la vie quotidienne que pourront réaliser les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture dans la limite de leurs compétences.

<sup>14</sup> Les IPA ont vocation à prendre en charge des patients souffrant de pathologies chroniques, confiés par un médecin ; ils peuvent également travailler au sein des services d'accueil des urgences. Ils ont un champ d'autonomie élargi par rapport aux infirmiers non diplômés en pratique avancée.

<sup>15</sup> La rémunération des IPA en libéral résulte d'un forfait versé pour chaque patient délégué mais les obstacles rencontrés par les IPA libéraux pour acquérir une patientèle rendent l'exercice IPA en libéral peu attractif.

<sup>16</sup> IGAS, *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétence entre professionnels de santé*, nov. 2021, p. 30.

<sup>17</sup> « Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire ».

réaliser des soins en accès direct ; mais ces dispositifs restent souvent parcellaires (expérimentaux) ou inachevés encore dans leur mise en place<sup>18</sup>. La LFSS pour 2022 a ainsi autorisé à titre expérimental l'accès direct à des masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre d'exercice coordonné en structure, ainsi qu'aux orthoptistes et aux infirmiers en pratique avancée<sup>19</sup> (avec mise en place de dispositifs de formation). Quant à la LFSS pour 2023, elle prévoit l'accès gratuit et sans prescription médicale à la contraception d'urgence en pharmacie, ainsi que d'étendre l'accès au dépistage sans ordonnance des infections sexuellement transmissibles dans tous les laboratoires de biologie médicale.

### 2.2.3. L'évolution des compétences des sages-femmes : un exemple exemplaire « d'entre-deux »<sup>20</sup>

Le législateur a modifié progressivement les missions des sages-femmes<sup>21</sup>, en élargissant les compétences de cette profession sans pour autant avoir réglé les questions statutaires liées à cet élargissement. Les sages-femmes exercent en effet une profession médicale autonome à « *compétences définies et réglementées* »<sup>22</sup>.

L'examen postnatal comme la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention peuvent, hors situation pathologique, être réalisés par les seules sages-femmes (sans l'intervention d'un médecin). Les textes les plus récents n'ont cessé d'élargir leurs compétences autonomes ; elles disposent aujourd'hui d'un pouvoir ciblé de prescription ainsi que d'un rôle de « *réfèrent* » dans le parcours de soins coordonnés en cas de grossesse<sup>23</sup>. Mais leur statut (qui a été réformé par le décret statutaire du 23 décembre 2014) comme leur choix d'exercice sont à l'origine de nombreuses tensions et de revendications, qu'il s'agisse des rémunérations, du temps de travail, de l'accès à la formation continue ou encore des modalités de calcul de leur retraite<sup>24</sup>. À cet égard, plutôt que l'intégration des sages-femmes dans le corps des praticiens hospitaliers, l'Igas a suggéré la création d'un statut particulier de praticien en maïeutique (élargi à tous les modes d'exercice comprenant les Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), les établissements à but lucratif et la fonction publique

---

<sup>18</sup> En application de l'article L. 4321-1 du CSP, « *en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie* ». Mais ce texte ne s'applique pas encore dans les faits.

<sup>19</sup> Rapport IGAS, *Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie*, févr. 2022, 144 p. La LFSS pour 2022 prévoit (art.73) d'expérimenter, pour une durée de trois ans et dans six départements, l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes – c'est-à-dire sans prescription médicale – dans le cadre des structures d'exercice coordonné. Dans cette hypothèse, un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé. On trouve également une disposition expérimentale pour les orthoptistes (art. 74) ainsi que pour les infirmiers en pratique avancée qui se voient accorder le pouvoir de réaliser, dans trois régions, certaines prescriptions soumises à prescription médicale (art. 76. ; la liste sera fixée par décret).

<sup>20</sup> Cette terminologie est empruntée au rapport de l'IGAS sur la profession de sage-femme, A. Piquemal, S. Reingewirtz et F. Zantman, *L'évolution de la profession de sage-femme*, juill. 2021, p. 3.

<sup>21</sup> La sage-femme est devenue une profession médicale en 1803.

<sup>22</sup> Selon l'article L. 4151-1 du CSP, « *l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant* ».

<sup>23</sup> Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2022, les sages-femmes disposent au même titre que les médecins du pouvoir de réaliser l'entretien postnatal précoce entre les 4<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> semaines qui suivent l'accouchement pour repérer les premiers signes de la dépression du postpartum ou les facteurs de risques qui y exposent et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement (art. L.2122-1 du CSP issu de la LFSS pour 2022).

<sup>24</sup> Rapport IGAS, préc., p. 36 et s.

territoriale) ainsi que la création d'un statut spécifique pour les sages-femmes exerçant des fonctions de coordination. Pour l'Igas, « *ce nouveau statut, dans son principe fondateur, aurait le mérite de consacrer l'originalité du positionnement des sages-femmes ni assimilable aux professionnels paramédicaux, ni assimilable aux médecins* »<sup>25</sup>. S'agissant de l'exercice libéral, l'Igas propose que les actes réalisables tant par les sages-femmes que par les médecins fassent l'objet d'honoraires identiques.

### **Les différentes étapes de l'élargissement des compétences des sages-femmes**

La loi de 2004 a renforcé l'autonomie des sages-femmes en leur permettant de suivre en toute autonomie une patiente, de la déclaration de grossesse jusqu'à la réalisation des soins postnataux du nouveau-né et de la mère. L'arrêté du 22 mars 2005 a, quant à lui, autorisé la réalisation de certaines vaccinations par les sages-femmes, et la loi du 5 mars 2007 leur a permis de conduire l'entretien prénatal précoce. La loi HPST du 21 juillet 2009 est allée encore plus loin en élargissant leur champ de compétences sous réserve de suivi de formation<sup>26</sup>. Elles disposent également depuis 2011 d'un pouvoir de prescription de médicaments pour cinq familles thérapeutiques<sup>27</sup> et, depuis 2016, de ce pouvoir pour les substituts nicotiques. Elles peuvent également prescrire des arrêts de travail (ainsi que des prolongations) en cas de grossesse pathologique et peuvent participer aux activités d'assistance médicale à la procréation. Elles peuvent aussi réaliser des interruptions volontaires de grossesse par la voie médicamenteuse. Enfin, la LFSS pour 2021 a autorisé les sages-femmes à réaliser, à titre expérimental pour trois ans, des interruptions volontaires de grossesse chirurgicales si elles disposent d'une formation complémentaire obligatoire et justifient d'expériences spécifiques<sup>28</sup>. En outre, dans le cadre de la gestion de la crise du Covid-19, les sages-femmes ont été autorisées à prescrire et à administrer les vaccins anti-Covid à toute personne sous la réserve des risques de réaction anaphylactique<sup>29</sup>. La loi du 26 avril 2021 a, de nouveau, élargi leurs missions en leur permettant de prescrire, à leurs patientes et aux partenaires de leurs patientes, le dépistage d'infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'à les traiter (à partir d'une liste arrêtée par voie réglementaire)<sup>30</sup>. Par ailleurs, cette même loi crée le statut de « *sage-femme référente* » dans le Code de la sécurité sociale en autorisant « *l'assurée ou l'ayant-droit à déclarer à son organisme de sécurité sociale le nom de sa sage-femme référente, afin de favoriser la coordination des soins avec le médecin, pendant et après la grossesse* »<sup>31</sup>. La dérogation à l'application de la majoration pour non consultation du médecin traitant est également élargie à l'hypothèse d'un adressage par la sage-femme à un autre médecin à l'occasion des soins qu'elle est amenée à lui dispenser<sup>32</sup>.

Au-delà des statuts quasi-inchangés des professions elles-mêmes, ce sont principalement les règles et les instruments mobilisés pour régir l'exercice de ces professions qui ont fortement évolué et se sont progressivement fragmentés.

<sup>25</sup> Rapport IGAS, préc., p. 51.

<sup>26</sup> Elles peuvent réaliser des échographies gynécologiques, des actes d'acupuncture et d'ostéopathie, prescrire des contraceptifs hormonaux, poser des dispositifs contraceptifs sous cutanés et intra utérins et conduire des consultations de contraception et de suivi gynécologique dans une logique de prévention auprès des femmes en bonne santé.

<sup>27</sup> Arrêté du 11 octobre 2011 qui vise les antibiotiques, les contraceptifs, l'homéopathie, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-sécrétoires gastriques.

<sup>28</sup> Décret n° 2021-1934 du 30 décembre 2021 relatif à l'expérimentation relative à l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes.

<sup>29</sup> Décret n° 2021-506 du 27 avril 2021.

<sup>30</sup> CSP, art. L. 4151-4

<sup>31</sup> CSS, art. L. 162-8-2

<sup>32</sup> CSS, art. L. 162-5-3



### 3. Fragmentation des conditions d'exercice et des règles, outils et instruments applicables aux professions de santé

L'analyse du cadre juridique actuel applicable aux professions de santé donne à voir une fragmentation des conditions d'exercice *lato sensu* des professionnels de santé et des outils juridiques mobilisés. Cette fragmentation révèle une mise sous tension du système juridique des professions de santé. Elle est observable sur trois points qui « font statut » pour les professions de santé exerçant en libéral : les conditions d'installation (3.1), les conditions de l'exercice professionnel (3.2), y compris les modalités en matière d'exercice coordonné (3.3), et la rémunération, qui interroge le modèle économique de ces professions (3.4).

#### 3.1. L'installation : contrastes juridiques et éléments de débat

Le système de santé doit assurer l'égal accès de tous aux soins. Dès lors, le maillage territorial tant des établissements que des professionnels de santé est un élément essentiel. Dans la mesure où une large part des professionnels de santé exerce en libéral, se pose la question de la régulation de leur installation. À cette question, le cadre juridique actuel apporte des réponses en silo (profession par profession), parfois fortement contrastées, dont la pertinence systémique peut interroger.

##### 3.1.1. Hétérogénéité des choix et modalités de régulation en matière d'installation

En matière d'installation, la situation actuelle donne à voir un paysage complexe dont un trait saillant émerge toutefois : l'empreinte de l'exercice libéral est très marquée s'agissant de la profession médicale pour laquelle l'outil principal de régulation reste l'incitation alors que la régulation, le cas échéant négociée, présente une dimension contraignante plus marquée pour la plupart des autres professions de santé.

S'agissant des médecins, la liberté d'installation n'est pas encadrée. Les conventions médicales conclues avec l'Assurance maladie recourent de longue date à des incitations à l'installation ou à l'activité (partielle ou non) dans certaines zones « fragiles », c'est-à-dire dans des zones qui, au regard de leur population, sont sous-dotées en médecins de ville<sup>33</sup>.

À titre d'exemple, la convention médicale de 2016 a institué quatre aides qui se substituent aux deux dispositifs conventionnels de 2011 tout en restant proches de leur logique. Ces aides se sont diversifiées au fil du temps : si certaines sont toujours ciblées sur l'installation *stricto sensu* en zone « fragile » (contrat d'aide à l'installation de la convention de 2016), d'autres cherchent à encourager le maintien en zone « fragile » (contrat de stabilisation et de coordination), à assurer une transition générationnelle en perspective d'un prochain départ à la retraite (contrat de transition) ou encore à inciter des médecins hors « zone fragile » à avoir une activité partielle en zone « fragile » (contrat de solidarité territoriale).

S'agissant des professions de santé non médicales, ce sont de véritables instruments de régulation du maillage territorial qui sont mobilisés. Il en existe de deux sortes. Pour les pharmaciens d'officine, il s'agit d'un régime de planification administrative concernant

---

<sup>33</sup> Des mesures d'adaptation régionales financées par les ARS peuvent venir en complément de ces aides conventionnelles. Les collectivités territoriales déploient également un arsenal d'aides afin d'attirer des médecins sur leur territoire. Enfin, existent des contrats proposés par l'Etat, tels que le contrat d'engagement de service public (CESP) ou le contrat de début d'exercice.



l'installation d'une pharmacie d'officine qui repose, notamment, sur des critères géo-démographiques<sup>34</sup>.

Pour d'autres professions (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes, chirurgiens-dentistes), il est recouru à l'outil du conventionnement sélectif avec l'Assurance maladie qui ne permet une installation « solvabilisée » dans les zones « excédentaires » ou « sur-dotées » qu'à la condition qu'un autre professionnel ait préalablement mis fin à son activité dans cette même zone. Par conséquent, à défaut d'une telle cessation d'activité, le professionnel est totalement dissuadé de s'installer dans cette zone puisque ses patients ne seraient pas remboursés par l'Assurance maladie. Son choix d'installation se portera alors sur des zones moins pourvues et pour lesquelles il pourra, le cas échéant<sup>35</sup>, bénéficier des mécanismes incitatifs prévus par les conventions régissant sa profession. Il est à noter que, pour les professions ci-dessus évoquées, le recours au conventionnement sélectif a un fondement légal quand bien même ce sont les conventions conclues avec l'Assurance maladie qui en fixent les conditions<sup>36</sup>.

### *3.1.2. Des choix sous tension en matière d'installation des médecins*

Les incitations à l'installation des médecins constituent une réponse non systémique. Aucune contrainte d'installation ne pesant sur les médecins libéraux, leur répartition sur le territoire est le résultat consolidé d'une addition de décisions individuelles. Par construction, la liberté d'installation induit les inégalités territoriales que l'on connaît tant pour les médecins généralistes que pour les médecins spécialistes... et, par construction, les incitations ne peuvent constituer une réponse systémique.

Dans un système médico-centré tel que le nôtre, la liberté d'installation des médecins – quelle que soit la légitimité qu'on lui reconnaisse – constitue incontestablement un élément juridique de déstabilisation pour l'égal accès de tous aux soins et ce indépendamment des caractéristiques démographiques de la population médicale. Au fil de l'accentuation des inégalités territoriales, le maintien de la liberté d'installation des médecins est régulièrement questionné. Très généralement, c'est la piste du conventionnement sélectif qui est mise en discussion<sup>37</sup> et plusieurs propositions de loi ont déjà été portées en ce sens. La promotion de cette piste s'appuie en général sur des exemples étrangers de

---

<sup>34</sup> En dernier lieu, l'ordonnance n° 2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie. Voir CSP, art. L. 5125-4 qui précise, notamment que « l'ouverture par voie de transfert ou de regroupement d'une officine dans une commune [...] peut être autorisée lorsque le nombre d'habitants recensés est au moins égal à 2 500 ».

<sup>35</sup> Pour les installations en zones « sous-dotées », les conventions recourent à des outils de régulation incitatifs à l'installation.

<sup>36</sup> V. les articles du Code de la sécurité sociale qui précisent le contenu et les objets des conventions. Par exemple l'article L. 162-12-2 concernant les infirmiers dont le 3° précise que la convention détermine « les conditions, à remplir par les infirmiers pour être conventionnés et notamment celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé..., ainsi qu'à la zone d'exercice définies par l'agence régionale de santé... ». Ou l'article L. 162-9 concernant les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes, dont le 8° précise que la convention détermine « les conditions à remplir par les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes pour être conventionnés, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé... ».

<sup>37</sup> Peuvent notamment être cités deux rapports de la Cour des comptes (2017 et 2021) et des rapports d'information parlementaires (Sénat, 2020 et Assemblée nationale, 2018).

conventionnement sélectif des professions médicales<sup>38</sup> ainsi que sur l'amélioration de l'accessibilité aux professionnels qui sont concernés par ce dispositif<sup>39</sup>.

La liberté d'installation des médecins entre en tension avec les évolutions du système de santé et soulève des questions de cohérence avec certaines évolutions systémiques récentes. Elle entre ainsi en tension, d'une part, avec le « virage ambulatoire » voulu par la loi de 2016 et, d'autre part, avec la promotion du rôle central attribué au médecin traitant dans le système de santé. En effet, le médecin traitant est tout à la fois médecin de 1<sup>er</sup> recours, médecin organisant l'accès aux soins de 2<sup>nd</sup> recours et prescrivant des actes qui pourront être faits par d'autres professionnels, médecin coordinateur devant favoriser la médecine de parcours et de proximité. En d'autres termes, c'est l'acteur-pivot du système des soins ambulatoires.

### 3.2. L'évolution des conditions matérielles de l'exercice professionnel

Les conditions matérielles d'exercice des professions libérales relèvent d'un choix qui appartient au professionnel. Par conséquent, s'inscrire dans une démarche de coordination des soins, voire de coopération, avec d'autres professionnels de santé relève juridiquement de la décision unilatérale du professionnel, même si des incitations existent en ce sens pour encourager des modalités d'exercice davantage groupées ou coordonnées (v. point 3.3).

En parallèle, pour répondre aux aspirations nouvelles et variées des professions de santé (et notamment aux transformations sociologiques les conduisant à rechercher un meilleur équilibre entre temps professionnel et personnel) et tirer parti du développement des technologies de communication, les pouvoirs publics ont cherché à accompagner le développement de certaines conditions matérielles d'exercice. Les aides et les dispositifs se sont ainsi multipliés, qu'il s'agisse de réorganiser le temps médical avec la création des assistants médicaux (3.2.1.), ou d'encourager les différents exercices à distance mobilisant des outils numériques (3.2.2).

---

<sup>38</sup> V. Drees, « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques – Les leçons de la littérature internationale », Les dossiers de la Drees, n° 89, décembre 2021. Ce document rappelle notamment que lorsque le Québec a mis en place des mesures de régulation de l'installation des médecins en 2004, il souffrait d'une pénurie générale de médecins. A cette époque, seules deux régions étaient considérées comme suffisamment pourvues de sorte que ces mesures pénalisaient peu de médecins, ce qui a sans doute facilité la négociation. A contrario, les mesures de régulation introduites en Allemagne dans les années 1990 répondaient à une situation de surdotation susceptible de générer de la concurrence entre les médecins, auxquels elle donnait des garanties. Ce sont par ailleurs les associations de médecins conventionnés qui organisent et font évoluer le dispositif de régulation allemand : « La régulation de l'installation en Allemagne, un modèle pour la France ? Décryptage par un médecin chercheur allemand », Matthias Brunn, *Le Quotidien du Médecin*, 21 janvier 2023.

<sup>39</sup> Irdes, « Inégalités territoriales de répartition des infirmières libérales : quel impact des restrictions à l'installation en zones sur-denses et des incitations financières en zones sous-denses ? » Questions d'économie de la santé n°270, juil-août 2022, Drees, « Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités », *Études et Résultats*, n° 1100, janvier 2019

### 3.2.1. L'aide au recrutement d'assistants médicaux

La question des conditions de travail est très étroitement corrélée au choix du mode d'exercice de l'activité en soins de ville, en libéral ou dans un cadre salarial. Pour ce qui est des professionnels libéraux, la période contemporaine donne à voir une attention croissante portée à la question de l'optimisation du « temps médical », dans un contexte de tension sur les ressources médicales<sup>40</sup>. Pour cela, l'Assurance maladie a notamment créé une aide conventionnelle financière pour le recrutement d'assistants médicaux dans le cadre d'un exercice libéral groupé en faveur des médecins de secteur 1 et des médecins de secteur 2 ayant souscrit à l'Option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) ou à l'Optam-Co. On trouve à l'origine l'avenant n°7 à la convention médicale de 2016 qui vise à encourager et accompagner le déploiement d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux par le biais d'une aide financière conventionnelle forfaitaire. Selon le préambule de l'accord, « ces assistants médicaux doivent leur permettre de libérer du temps médical afin notamment de pouvoir suivre un plus grand nombre de patients, mieux les prendre en charge, coordonner leurs parcours et s'engager plus fortement dans des démarches de prévention ». Ce cadre a été complété et élargi par l'avenant n°8 signé le 11 mars 2020. Un des critères d'éligibilité à l'aide est l'engagement du médecin dans une démarche d'exercice groupé (cabinet composé d'au moins deux médecins) ou coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles centres de santé, ou d'autres formes d'organisation pluriprofessionnelles etc. V. art. 9-3-3 avenant n°7). L'assistant médical qui doit être titulaire soit du Diplôme d'Etat (DE) d'aide-soignant, soit du DE d'infirmier, soit du DE d'auxiliaire de puériculture, soit du certificat de qualification professionnelle d'assistant médical (qui sera également doté d'une qualification professionnelle *ad hoc* d'adaptation à l'emploi)<sup>41</sup> sera chargé d'effectuer des tâches administratives, d'aider à la préparation des consultations ainsi que de coordonner les soins. Le texte conventionnel crée plusieurs niveaux d'aides selon l'option choisie par le médecin qui peut aller de 1/3 équivalent temps plein (ETP) à 1 ETP. Cette souplesse doit permettre au médecin de choisir son organisation, selon le niveau de financement alloué et les engagements souhaités en contrepartie, tels qu'augmenter sa patientèle « médecin traitant » ou sa « file active » de patients.

### 3.2.2. Le développement de la digitalisation dans l'exercice de la médecine

Les modalités d'exercice professionnel à distance mobilisant des outils numériques ont fait l'objet d'une reconnaissance législative dans la loi HPST de 2009 (accompagnée du décret du 19 octobre 2010), qui en désigne cinq modalités inédites. Sont visées désormais la téléconsultation (un professionnel donne une consultation à distance à un patient), la télé-expertise (un professionnel donne un avis à un autre professionnel), la télésurveillance (un professionnel interprète à distance les données de suivi d'un patient), la téléassistance (un professionnel assiste à distance un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte) et la régulation de l'aide médicale urgente.

---

<sup>40</sup> « Début 2022, la grande majorité des médecins généralistes libéraux (84 %) déclarent disposer d'un secrétariat médical, une part en augmentation depuis 2019. Les médecins plus jeunes sont plus nombreux à avoir un secrétariat : en 2022, 95 % des praticiens de moins de 50 ans indiquent en avoir un, contre 73 % des 60 ans ou plus. Les femmes mentionnent plus souvent en disposer (92 %, contre 78 % pour leurs confrères). Ceux qui exercent en groupe sont plus nombreux à en avoir un (92 %) que ceux qui exercent seuls (64 %) », DREES, Etude n° 1245, octobre 2022.

<sup>41</sup> « Il devra être doté d'une qualification professionnelle *ad hoc*, qui sera obtenue à l'issue d'une formation spécifique, intégrant une éventuelle VAE (Validation des Acquis de l'Expérience), dont le contenu et la durée seront déterminés dans le cadre de la convention collective des personnels des cabinets libéraux ». V. l'arrêté du 7 décembre 2019 relatif à l'exercice de l'activité d'assistant médical, J.O. du 13 nov. 2019.

Mise en place par la voie conventionnelle depuis la signature en juin 2018 de l'avenant n°6 à la convention médicale de 2016, la télémédecine constitue aujourd'hui un enjeu clé pour l'amélioration de l'organisation du système de santé et l'accès aux soins. L'avenant consacre ainsi le choix conventionnel « *d'accompagner l'essor des pratiques de télémédecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients, en inscrivant, dans le droit commun, les actes de téléconsultation et de télé-expertise* ». Pour autant, cela n'a pas conduit à un essor de la téléconsultation des médecins traitants alors même que les téléconsultations proposées par les assureurs privés rencontrent un grand succès. En février 2019, le constat était fait que la téléconsultation hors assurances privées était principalement une pratique hospitalière. Mais l'histoire de la téléconsultation s'est accélérée avec la pandémie de la Covid-19. De très nombreux médecins libéraux ont proposé des téléconsultations et adapté leur pratique de prise en charge médicale. Dans le même temps, les modalités de remboursement ont été considérablement assouplies par un décret du 9 mars 2020. En parallèle, les partenaires conventionnels ont signé un nouvel avenant à la convention de 2016 (avenant n°8 du 11 mars 2020), par lequel ils ont entendu améliorer l'accès aux soins et faciliter le déploiement de la télémédecine. Pour ce faire, ils ont assoupli certaines conditions issues de l'avenant n°6. L'avenant n°9, signé en septembre 2021, prévoit lui aussi des mesures d'assouplissement du recours à la téléconsultation. Mais les récentes LFSS (2022 et 2023) ont tenu à mieux encadrer les activités de téléconsultation ainsi qu'à préciser leur place dans le parcours de soins (les téléconsultations ne sont plus remboursées par l'Assurance maladie qu'à hauteur de 70% et les sociétés de téléconsultation vont être soumises à une procédure d'agrément auprès des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé).

Si, en 2018, les actes de téléconsultation sont sortis de l'expérimentation, les actes de télésurveillance médicale, qui consistent en la mise en place d'une « *surveillance médicale ayant pour objet l'analyse des données et d'alertes transmises au moyen d'un dispositif médical numérique* », ne sont entrés, quant à eux, dans le droit commun de l'Assurance maladie qu'en 2022 sous la forme d'un forfait (CSS, art. L. 162-48) alors que la publication des décrets d'application a été reportée au 1er juillet 2023. Quant à la télé-expertise, qui permet à un professionnel de santé de solliciter, à distance, par messagerie ou tout autre outil sécurisé, l'avis d'un ou plusieurs professionnels de santé médicaux, en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, face à une situation médicale donnée (lecture de diagnostic, analyses, avis sur un traitement...) elle a été généralisée pour tous les patients et ouverte depuis 2022 à tous les professionnels de santé<sup>42</sup>.

Ainsi et malgré tous les efforts récents, ces dispositifs qui connaissent un véritable essor n'ont encore pas trouvé leur réelle place, ni un statut vraiment stabilisé au sein du système de santé<sup>43</sup>.

---

<sup>42</sup> Décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté.

<sup>43</sup> Sur un plan matériel, le développement de ces outils (spécialement la téléconsultation) permet une décorrélation entre l'offre de soins et le besoin posant en creux la question de la place de l'examen clinique. De même, pour certains examens (radiologie, biologie), on observe une déconnexion croissante entre la réalisation technique et l'interprétation des résultats.

### 3.3. Le renforcement des dispositifs d'exercice coordonné : un déploiement tous azimuts

Le mode d'exercice représente un choix qui appartient au professionnel. Par conséquent, s'inscrire dans une démarche de coordination des soins, voire de coopération, avec d'autres professionnels de santé relève juridiquement de la décision unilatérale du professionnel.

Pour autant, on assiste à un renforcement des dispositifs et des outils visant à promouvoir la coordination et la collaboration entre professionnels. Il s'agit de promouvoir l'exercice coordonné qui, selon les façons dont il se déploie, permet de poursuivre plusieurs objectifs (séparément ou cumulativement) : inciter à l'installation en levant certains freins liés à l'exercice isolé – améliorer la coordination des actions des professionnels à l'égard d'une patientèle et/ou dans une logique de structuration de parcours de santé et/ou dans une logique de coordination territoriale des ressources – renforcer la collaboration transversale entre professionnels afin d'assurer une prise en charge de meilleure qualité et plus efficace des patients.

#### 3.3.1. Présentation schématique des différents outils et dispositifs

Le droit offre une pluralité de modalités pour organiser et, parfois, structurer l'exercice coordonné. Cependant, on peine à rendre compte de ce cadre juridique en raison tant des nombreuses évolutions intervenues dans un laps de temps réduit que de la diversité des supports normatifs et de l'hétérogénéité des dispositifs. L'ensemble donne à voir un paysage complexe mettant à disposition des professionnels de santé plusieurs cadres de coordination, de coopération et de collaboration dans lesquels ils peuvent faire le choix de s'inscrire ou non<sup>44</sup>.

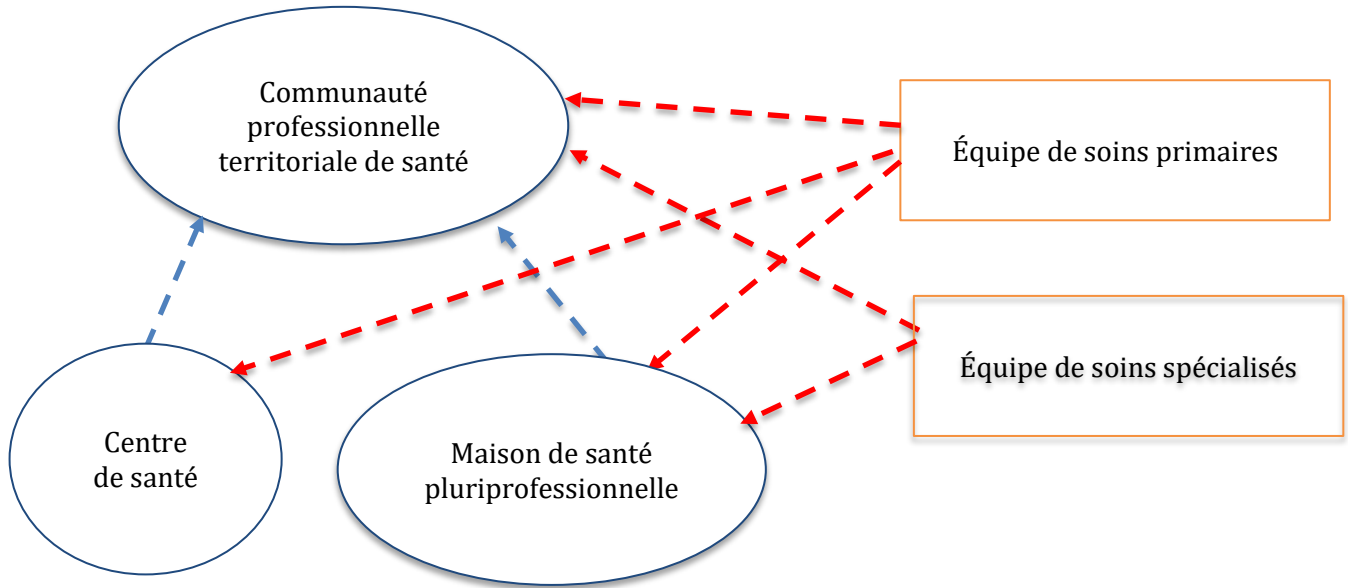
On y repère deux types de dispositifs : d'une part, des dispositifs d'organisation *stricto sensu* des relations entre professionnels de santé (équipe de soins primaires, équipe de soins spécialisés, protocoles de coopération, voire expérimentations de l'article 51 de la LFSS pour 2018) présentant différents degrés de formalisation et portant des ambitions collaboratives plus ou moins affirmées (v. point 3.3.3) ; d'autre part, des dispositifs de structuration qui ancrent l'exercice coordonné dans une structure juridique. S'agissant de ce second type de dispositif, la question du financement de la structure (équipement, fonctionnement, ressources humaines, activité) est centrale et, sur ce point, l'environnement conventionnel est déterminant (v. ci-après point 3.3.2).

Cette dualité de dispositifs n'emporte pas étanchéité entre les modalités associées à une structure juridique et celles qui ne le sont pas. En effet, des modalités de coordination hors structure juridique peuvent s'inscrire et se déployer dans le cadre de structures d'exercice coordonné, rendant encore plus difficile la compréhension, y compris par les professionnels eux-mêmes, du système dans son ensemble.

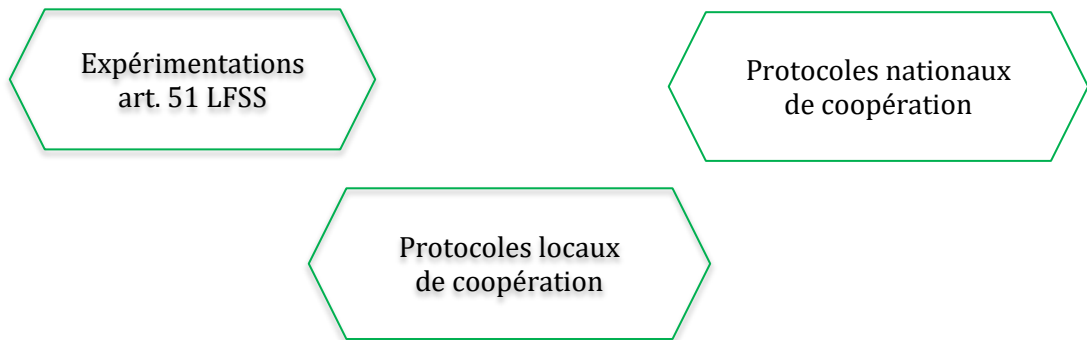
---

<sup>44</sup> Pour plus de détails sur chaque outil et dispositif, v. Hcaam, « Description des dispositifs juridiques d'organisation des professions de santé et de leur évolution (hors cadre hospitalier) » ci-dessous (spécialement partie 2).

**Modalités d'exercice coordonné  
associées à une structure juridique non associées**



**Outils d'organisation  
et/ou de rémunération *ad hoc*  
de l'exercice coordonné**



- - - - - ➔ Possibles liens entre structures juridiques
- - - - - ➔ Possibles liens entre équipes des soins hors structures et structures

### 3.3.2. La conditionnalité du financement des structures d'exercice coordonné posée par les accords et conventions conclus avec l'Assurance maladie

Dans le respect du cadre légal et réglementaire applicable, les structures d'exercice coordonné peuvent se déployer. Le cadre conventionnel accompagne ce déploiement. En effet, ces dernières années, le canal conventionnel a été mobilisé pour inciter et valoriser l'exercice coordonné et sa structuration. L'environnement conventionnel s'est donc étoffé avec, d'une part, un accord-cadre interprofessionnel (ACIP) et, d'autre part, des accords conventionnels interprofessionnels (ACI). Pour les centres de santé, s'y ajoute un accord national conclu avec l'Assurance maladie (v. encadré ci-dessous).

#### **Un cadre conventionnel pluriel en faveur de l'exercice coordonné et de sa structuration**

Des accords comportant des objectifs à dimension programmatrice coexistent avec des accords opérationnels. L'exercice coordonné des professionnels de santé et, plus généralement, de l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux étant devenu au fil du temps un enjeu majeur afin de répondre aux problématiques d'accès aux soins ainsi que de qualité des prises en charge, il a trouvé une traduction juridique dans un accord-cadre interprofessionnel (ACIP) conclu en 2018 entre l'UNCAM et l'Union Nationale des Professionnels de santé (UNPS). L'article 3 – intitulé « Généraliser l'exercice coordonné » – précise que « *les parties signataires s'accordent sur le fait que le développement d'organisations structurées et coordonnées, capables d'assurer le suivi et l'accompagnement des patients, dont un nombre croissant présente un profil de polyopathologies, de pathologies chroniques, voire de dépendance, est un objectif majeur pour notre système de santé* ». En elle-même, cette traduction juridique est davantage de principe que substantielle au regard de la faible teneur normative de la formulation. Pour autant, la vocation d'un ACIP est de fixer le cadre et les orientations des accords conventionnels (interprofessionnels et/ou professionnels) qui, eux, vont décliner concrètement les orientations et leur donner une consistance juridique sous forme d'engagements des parties signataires. En ce sens, l'ACIP de 2018 endosse explicitement une fonction programmatrice.

S'agissant des structures d'exercice coordonné, la déclinaison opérationnelle prend place dans deux accords conventionnels interprofessionnels (ACI) : l'ACI du 20 avril 2017 relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles (maisons de santé et centres de santé) et l'ACI du 20 juin 2019 en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), lui-même complété par deux avenants, notamment l'avenant n°2 du 20 décembre 2021 qui permet un soutien financier renforcé.

Il convient d'ajouter l'accord national des centres de santé du 8 juillet 2015 qui a été conclu entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives des gestionnaires des centres de santé<sup>45</sup>.

En matière de structuration de l'exercice coordonné, les ACI sont centraux. En effet, ils instaurent un mécanisme de financement des structures dont l'octroi est conditionné par le respect d'un contrat-type. Autrement dit, si toutes les structures d'exercice coordonné légalement constituées peuvent fonctionner, elles doivent adhérer à l'ACI et aux conditions qu'il pose pour bénéficier d'un financement visant à titre principal à subventionner les frais de fonctionnement *lato sensu* des structures (coûts générés par l'activité de coordination

<sup>45</sup> Cet accord a été signé avec l'Adessadomicile, la Croix-Rouge française, la FMF, la FNMF, la FNISASIC, l'UNADMR, l'Una, le C3SI, la CANSSM et le FNCS. Il se situe en-dehors du cadre conventionnel de droit commun intéressant les relations entre l'Assurance maladie et les représentants des professions de santé car la plupart des acteurs qui portent les centres de santé ne sont pas les professionnels de santé eux-mêmes.

et d'organisation des soins, moyens nécessaires au déploiement des missions dont la réalisation donne lieu à contractualisation) sans remettre en cause le paiement à l'acte.

Ces accords opérationnels présentent une dimension incitative marquée. Les dispositifs ont un degré élevé de technicité et les objectifs chiffrés et les indicateurs y occupent une place importante, qu'il s'agisse d'inciter les médecins à s'engager dans l'exercice coordonné (critère d'éligibilité à l'aide conventionnelle accordée pour le recrutement d'un assistant médical) ou de valoriser financièrement les structures d'exercice coordonné. Ainsi, l'article 3 de l'ACI de 2017 porte sur les « indicateurs du contrat » sur la base desquels est construit le système de modulation du financement des structures pluriprofessionnelles<sup>46</sup>.

La mobilisation par les acteurs des dispositifs suppose une contractualisation avec l'Assurance maladie (sur la base d'un contrat-type) et l'ARS. Dans ce cadre, il est proposé aux acteurs une gradation de leurs engagements, et c'est à eux de fixer, dans une optique d'optimisation des choix à faire, le curseur qui déterminera le montant de l'aide. Par exemple, l'ACI de 2017 prévoit l'existence d'indicateurs optionnels qui, lorsqu'ils entrent dans la contractualisation, emportent augmentation de la dotation financière accordée à la structure.

### *3.3.3. L'outil innovant des protocoles de coopération pour déroger aux décrets d'actes*

Les conditions d'exercice peuvent être significativement modifiées en cas d'inscription de l'activité dans le cadre de protocoles de coopération. Initiés par la loi HPST de 2009, les protocoles de coopération entre professionnels de santé ont vu leur cadre juridique évoluer à plusieurs reprises. Plusieurs modifications législatives sont intervenues dans un laps de temps rapproché (LFSS pour 2018, loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, loi du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique, loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification) et ont été suivies de l'adoption de divers textes réglementaires.

Qu'ils soient nationaux ou locaux, ces protocoles de coopération présentent deux caractéristiques juridiques (CSP, art. L. 4011-1) : d'une part, ils reposent sur le seul volontariat des professionnels de santé ; d'autre part, ils procèdent à un aménagement des règles de compétences des professionnels de santé concernés qui est dérogatoire par rapport au cadre de droit commun. Ces protocoles opèrent en effet entre ces professionnels des transferts d'activités, ou d'actes de soins ou de prévention, ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient. Ces transferts matérialisent la démarche de collaboration entre professionnels. Dans la très grande majorité des cas, ils emportent délégation d'activités ou de tâches du médecin à des professionnels paramédicaux, notamment aux infirmiers. En ce sens, ces protocoles s'inscrivent dans la logique médico-centrée ; d'une certaine façon, ils sont le produit de cette logique puisque l'un de leurs objectifs est d'optimiser le temps médical *via* une montée en compétence des professionnels paramédicaux qui prend la forme d'une délégation.

Leur déploiement dans le champ des soins ambulatoires assurés par des professions de santé exerçant en libéral est nécessairement à géométrie variable. En effet, en raison du caractère volontaire de ces protocoles pour les professionnels, le déploiement est

---

<sup>46</sup> Ces indicateurs sont organisés autour de trois axes : l'accès aux soins, la qualité et la coordination des soins, l'appui d'un système informationnel partagé. Pour chaque axe, les indicateurs sont présentés sous forme de tableaux et sont classés dans le champ soit des indicateurs socles prérequis, soit des indicateurs socles, soit des indicateurs optionnels. Afin d'accompagner les structures dans la phase de contractualisation, un guide méthodologique ACI-Structures professionnelles a été réalisé. Les services ministériels et de la Cnam ont également produit un guide des indicateurs qui comporte 29 pages et met à disposition une fiche-synthèse pour chaque indicateur.



dépendant de leur prise d'initiative, elle-même dépendante d'une inscription préalable dans une démarche coopérative. Le législateur laisse aux professionnels de santé le soin de déterminer de façon consensuelle « le chef de file » et même de fixer les tâches de chacun, notamment celles qui relèvent de l'encadrement et de la coordination et qui doivent être mises en place sur le terrain.

Du point de vue des professionnels délégués, on demeure juridiquement dans un cadre dérogatoire d'exercice qui est en quelque sorte « indépassable » : en-dehors de ce cadre (le protocole concerné)<sup>47</sup> ou au terme de son déploiement, la délégation est d'une certaine manière désactivée et les professionnels concernés perdent le droit d'accomplir des actes n'entrant pas dans le cadre réglementaire de droit commun de délimitation de leurs compétences... quand bien même leur a été reconnue juridiquement, un temps et un temps seulement, cette capacité<sup>48</sup>.

### 3.4. La rémunération des professionnels de santé

Le modèle économique des professions de santé est déterminé par deux éléments qui agissent à la fois séparément et de façon cumulative. D'une part, le caractère médico-centré de notre système de santé fait qu'une partie de l'activité, donc de la rémunération, de certains professionnels de santé est dépendante des prescriptions faites par un médecin. D'autre part, la coexistence :

- d'un exercice principalement libéral – reposant dans son principe originel sur la liberté de détermination du prix par le professionnel libéral et le paiement à l'acte (honoraires)
- d'un financement largement socialisé (*via* l'Assurance maladie) – visant à assurer l'égal accès de tous aux soins

nécessite le recours à des modalités de régulation tarifaire. Le système du conventionnement entre l'Assurance maladie et les professions de santé est la voie qui a été privilégiée en France pour organiser cette régulation (3.4.1).

Le déploiement de l'exercice coordonné ne s'est pas accompagné d'une remise en cause des principes régissant la rémunération des professionnels de santé libéraux (notamment le paiement à l'acte). Il interroge cependant ces principes, comme le montrent certaines dérogations permises depuis peu (3.4.2).

---

<sup>47</sup> Ainsi, l'article L. 4011-4-1 CSP relatif aux protocoles locaux dispose que « *ces protocoles ne sont valables qu'au sein de l'équipe de soins ou de la communauté professionnelle territoriale de santé qui en est à l'initiative* ».

<sup>48</sup> Rapport IGAS, Trajectoires, 2021, p. 50 : « *si l'infirmier lui-même change de lieu d'exercice, il perd l'autorisation d'exercer cette compétence (et les avantages financiers associés), même si ses résultats prouvent qu'il en a acquis la maîtrise* ».

### *3.4.1. Régulation conventionnelle concernant la rémunération de l'activité : caractéristiques et limites*

Pour la partie libérale du système de santé français, le principe – qui ne souffre quasiment aucune exception – est l'exercice libéral conventionné. La régulation conventionnelle constitue donc la clé de voûte en matière tarifaire.

#### *3.4.1.1. Une régulation conventionnelle en silo*

La régulation conventionnelle en matière de rémunération de l'activité des professionnels de santé est construite profession par profession. Il en résulte des régulations différentes selon la capacité de négociation de chaque profession. Il en résulte surtout l'impossibilité de financer par ce canal les coopérations ou le partage d'actes entre professions de santé. De ce point de vue, la régulation conventionnelle en silo montre ses limites.

Pour l'heure, c'est nécessairement par un autre canal que les conventions professionnelles avec l'Assurance maladie que les coopérations interprofessionnelles, impliquant des partages d'actes, peuvent être financées. Il s'agit des protocoles de coopération et des expérimentations dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018. La dimension systémique de ce canal n'est pas du tout équivalente à celle du cadre conventionnel et ce d'autant qu'il s'agit toujours pour l'instant d'un dispositif expérimental laissé à des initiatives locales (v. *infra*).

#### *3.4.1.2. La centralité du paiement à l'acte malgré l'apparition de rémunérations forfaitaires*

En France, le paiement à l'acte est historiquement considéré comme le cœur du modèle économique des professions de santé exercées en libéral. Il est également devenu le fondement de l'exercice libéral conventionné et n'a pour l'instant pas été remis en question malgré la mise en discussion régulière des modes de rémunération de certains professionnels de santé et tout particulièrement des médecins<sup>49</sup>. Les conventions conclues avec l'Assurance maladie reflètent ce primat du paiement à l'acte, les négociations portant notamment sur la revalorisation du tarif conventionnel des actes. L'empreinte libérale, au sens de la Charte de la médecine libérale de 1927, reste marquée.

Cette empreinte ne revêt toutefois pas le même sens ni la même portée pour toutes les professions de santé selon le degré d'autonomie dont elles disposent dans l'exercice de leur activité. L'empreinte libérale est relative pour les professionnels dont l'activité dépend pour une large part de la prescription d'un médecin (par ex. les masseurs-kinésithérapeutes). Elle est bien plus essentielle dans le modèle économique des professionnels de santé ayant un degré d'autonomie par rapport au médecin (rôle propre sur certains segments d'activité, pas de nécessité d'une prescription médicale pour certains actes...).

S'agissant des médecins – professionnels de santé dont l'autonomie est maximale –, la diversification des modes de rémunération se poursuit (cf. graphique ci-dessous). Dans la dernière convention médicale (de 2016) le développement des rémunérations forfaitaires

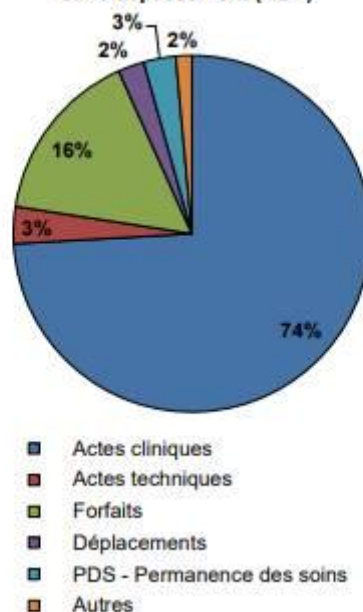
---

<sup>49</sup> Le principe du paiement à l'acte n'est pas non plus remis en cause dans le cadre des protocoles nationaux de coopération qui permettent d'organiser des délégations de tâches du médecin vers un autre professionnel de santé (infirmier, orthoptiste, masseur-kinésithérapeute, pharmacien d'officine). Dans le cadre de ces protocoles, le professionnel de santé délégataire est payé à l'acte comme l'aurait été le médecin s'il avait accompli lui-même cet acte. A noter que, dans le cadre de certains protocoles de coopération en ville, une valorisation financière peut être prévue pour la prise en charge des soins non programmés en structure d'exercice coordonné.

(par ex. pour le suivi de patients chroniques) est complémentaire par rapport au paiement à l'acte et à la diversification et revalorisation des tarifs de consultation en lien, le plus souvent, avec la complexité de la prise en charge médicale du patient. La valorisation du rôle de coordination du médecin traitant dans cette convention et ses avenants<sup>50</sup> prend la forme classique de majoration du prix de certaines consultations, ainsi que de l'institution d'un forfait unique patientèle.

### Rémunération des médecins généralistes - décomposition du montant des honoraires (sans dépassement)

Graphique 3 - Décomposition du montant des honoraires sans dépassement (HSD)



[https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020\\_fiche\\_medecins-generalistes-hors-medecins-a-exercice-particulier-liberaux\\_0.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_medecins-generalistes-hors-medecins-a-exercice-particulier-liberaux_0.pdf)

Données 2020

#### 3.4.1.3. Une opposabilité tarifaire de principe, sauf pour certains médecins

En contrepartie de la solvabilisation des patients et de certains avantages sociaux pour le professionnel lui-même, l'exercice libéral conventionné emporte opposabilité au professionnel de santé concerné des tarifs négociés. De façon logique, les conventions n'accordent donc pas de marge de liberté tarifaire pour les professionnels de santé conventionnés, la solvabilisation des rémunérations étant strictement conditionnée au respect des tarifs conventionnels (par ex. infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes conventionnés<sup>51</sup>).

Cependant, la régulation tarifaire est relative pour certains médecins. Le conventionnement médical se caractérise en effet par une absence de régulation

<sup>50</sup> L'activité de 1er recours dans le suivi des patients (y compris des enfants), l'organisation des interventions de 2nd recours, le suivi au long cours des patients et le rôle de coordination et de synthèse pour éviter le recours aux hospitalisations inutiles et faciliter le retour à domicile des patients en sortie d'hospitalisation

<sup>51</sup> Pour les infirmiers, la convention actuellement en vigueur prévoit seulement que l'infirmière peut appliquer un dépassement d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade ou lorsque le déplacement n'est pas prescrit (art. 5.5.2). On trouve une règle quasi-identique dans la convention concernant les masseurs-kinésithérapeutes (v. art. 4.11).

contraignante concernant la liberté tarifaire des médecins du secteur 2 et le recours à des mécanismes d'incitation concernant la maîtrise des dépassements d'honoraires (aujourd'hui, dispositifs de l'OPTAM et de l'OPTAM-CO).

### *3.4.2 Exercice coordonné et rémunération des professionnels de santé : une équation encore à résoudre malgré des avancées ponctuelles*

Dans le cadre de l'exercice coordonné, il s'agit à titre principal de penser et d'organiser autrement les conditions de travail et d'exercice professionnel. Malgré quelques avancées, les modalités de rémunération de chaque professionnel impliqué dans un tel exercice coordonné ne sont pas affectées. Les règles de droit commun restent très largement applicables. En d'autres termes, l'exercice coordonné n'empêche pas par principe la coordination ou forfaitisation des rémunérations.

Cependant, il est assez difficile de rendre compte de l'état actuel du droit en raison de l'entremêlement possible des logiques de structuration et des logiques non organiques relatives à l'exercice coordonné.

#### *3.4.2.1. Structures d'exercice coordonné en ville et rémunération : le statu quo*

Dans le cadre de contrats tripartites conclus avec l'ARS et l'Assurance maladie, les ACI sur les structures de santé pluriprofessionnelles et les CPTS (v. *supra*) prévoient des financements spécifiques de la structure et de certaines de ses missions (coordination, organisation du parcours de soins, organisation des soins non programmés). Ces financements s'ajoutent à la prise en charge habituelle de l'activité des professionnels de santé (actes, rémunération sur objectifs, etc.). En d'autres termes, les financements accordés sont des financements « structure » visant à titre principal à subventionner le fonctionnement *lato sensu* des structures (coûts générés par l'activité de coordination et d'organisation des soins) et à donner à la structure les moyens nécessaires au déploiement des missions dont la réalisation donne lieu à contractualisation. Ainsi, la rémunération et les conditions de rémunération des professionnels de santé (notamment le paiement à l'acte) à l'intérieur de ces structures ne sont pas, par principe, affectées. En la matière, le droit commun de la tarification des activités de soin du point de vue du patient et de l'Assurance maladie n'est pas aménagé. Pour les activités de soin, ce sont tout au plus les modalités d'encaissement qui sont adaptées dans certaines structures.

Ainsi, dans les maisons de santé constituées en sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires et dans le respect des prévisions statutaires, les rémunérations sont encaissées par la structure avant reversement aux professionnels concernés. Cependant, les statuts des maisons de santé constituées sous forme de Sisa peuvent organiser en leur sein le partage entre les professionnels impliqués de certaines rémunérations, généralement forfaitaires, versées en contrepartie de l'exercice en commun d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération ainsi que des rémunérations versées en contrepartie des activités concourant au projet de santé – autres que les activités de soin stricto sensu (qu'elles proviennent de l'activité de professionnels de santé libéraux ou salariés<sup>52</sup>) (CSP, art. L. 4041-2, 3<sup>o</sup>, b).

---

<sup>52</sup> Les maisons de santé constituées en sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa) peuvent salarier des professionnels de santé. Dans cette hypothèse, les tarifs applicables aux actes réalisés par ces professionnels de santé salariés dans le cadre du projet de santé de la Sisa sont ceux fixés pour chacune des professions. Il ne s'agit pas là d'une dérogation aux règles de tarification du point de vue du patient et de l'Assurance maladie. Mais c'est la structure qui perçoit la rémunération correspondant aux actes effectués par les professionnels salariés auxquels elle verse par ailleurs un salaire.

Une ordonnance du 12 mai 2021 a ouvert la possibilité de rémunérer les membres de la CPTS en contrepartie de leur participation à la réalisation de missions de service public<sup>53</sup> dans des limites fixées par un décret du 16 mars 2022<sup>54</sup>. Il ne s'agit pas pour autant de modifier les modalités de droit commun de rémunération mais de compenser la charge que représente la participation à des missions de service public. Ces rémunérations « correspondent à la contrepartie de la participation des membres [de la CPTS] à la réalisation des missions de service public de la communauté professionnelle territoriale de santé » (CSP, art. D 1434-44). L'ordonnance de 2021 permet (sans contraindre) à la CPTS de consacrer une partie de l'enveloppe accordée pour financer ses missions à la rémunération des professionnels qui, en son sein, participent à des missions de service public.

Par ailleurs, des « portes » ont été ouvertes qui pourraient préfigurer ou, tout du moins, inspirer des évolutions futures. Ainsi, et à la condition qu'elles soient inscrites dans le cadre d'un protocole de coopération, les structures adhérentes à l'ACI peuvent expérimenter des nouvelles modalités de rémunération (v. ci-après).

#### *3.4.2.2. Protocoles de coopération et rémunération : des opportunités nécessitant un degré élevé de volontarisme*

Les conditions de travail et d'exercice peuvent être significativement modifiées en cas d'inscription de l'activité dans le cadre de protocoles de coopération. Concernant le volet « rémunération », l'inscription dans de tels protocoles est beaucoup plus complexe à saisir.

**Les protocoles nationaux.** En substance, concernant les soins de ville, les protocoles nationaux permettent d'organiser des délégations de tâches du médecin vers un autre professionnel de santé (infirmier, orthoptiste, masseur-kinésithérapeute, pharmacien d'officine). Dans le cadre de ces protocoles, le principe du paiement à l'acte n'est pas remis en cause. Le professionnel de santé délégataire est payé à l'acte comme l'aurait été le médecin s'il avait accompli lui-même cet acte. Sauf exception, il n'y a pas de valorisation financière spécifique ni de modalités particulières de rémunération.

Cependant, pour la prise en charge de certains soins non programmés par des professionnels de santé autres que des médecins, certains protocoles de coopération en ville ouvrent droit à une valorisation financière à la condition que l'on soit dans le cadre de structures pluriprofessionnelles ayant adhéré à l'accord conventionnel interprofessionnel conclu avec l'Assurance maladie (v. *supra*) ou d'une CPTS. Le modèle économique en a été précisé par un arrêté du 10 septembre 2020. La valorisation prend la forme d'un forfait de 25€ par patient (inclus dans le protocole). Il s'agit là d'une rémunération globale pour l'équipe de soins dont l'arrêté détermine ce qu'elle inclut : le temps de consultation par le professionnel délégué, l'éventuelle revoyure du médecin déléguant le jour même ou le lendemain, le temps de coordination entre professionnels de santé impliqués dans le protocole, les charges de structure (gestion, informatique...), la formation des délégués. Deux points sont à souligner concernant ce modèle économique et son incidence sur la rémunération des professionnels de santé. D'une part, dans le cas d'une revoyure du médecin le jour même ou le lendemain, la facturation du protocole est due mais le médecin ne pourra pas facturer d'acte, ce qui emporte mise en retrait ponctuelle du principe du paiement à l'acte. D'autre part, le forfait est versé à la structure et le partage de la

---

<sup>53</sup> CSP, art. L. 1434-12-2.-I qui fixe la liste de ces missions de service public : amélioration de l'accès aux soins, organisation de parcours de soins associant plusieurs professionnels de santé, développement d'actions territoriales de prévention, développement de la qualité et de la pertinence des soins, accompagnement des professionnels de santé sur leur territoire, participation à la réponse aux crises sanitaires.

<sup>54</sup> L'ordonnance permet également d'indemniser les membres de la CPTS de la perte de revenus qui résulte du temps qu'ils consacrent à l'exercice de fonctions au sein de la structure, par exemple la participation active à la gouvernance de la structure. Le décret de mars 2022 fixe également les modalités et limites d'indemnisation.

rémunération forfaitaire est déterminé par les professionnels de santé impliqués dans le protocole.

**Les protocoles locaux.** Outre les établissements de santé et les structures médico-sociales, sont éligibles aux protocoles locaux les équipes de soins primaires (ESP) et les structures d'exercice coordonné : maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), centre de santé (CDS), communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). A l'instar des protocoles nationaux, la finalité des protocoles locaux est d'opérer entre les professionnels de santé qui y adhèrent des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou encore de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient (CSP, art. L. 4011-4-1). Les textes qui régissent ces protocoles ne prévoient pas de modalités particulières de rémunération autres que celles qui sont la conséquence de la délégation (par exemple, un acte délégué par un médecin à un infirmier est rémunéré pour ce dernier comme s'il avait été pratiqué par le médecin lui-même).

### *3.4.3 Expérimentations de l'article 51 LFSS pour 2018 et rémunération des professionnels de santé*

L'article 51-I de la LFSS pour 2018 a institué un cadre juridique *ad hoc* permettant d'expérimenter des modalités dérogatoires d'organisation dont les objectifs peuvent partiellement recouper ceux des modalités d'exercice coordonné et des protocoles de coopération<sup>55</sup>. Le texte permet également le déploiement de modalités dérogatoires de rémunération (v. CSP, art. L. 162-31-1, 2°).

Il peut s'agir d'expérimentations « à disposition » des professionnels qui peuvent s'y inscrire (ex : expérimentation Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS) pour des structures d'exercice coordonné permettant de substituer au paiement à l'acte un financement collectif pour tout ou partie de la patientèle (v. encadré ci-dessous).

---

<sup>55</sup> Il s'agit notamment de « permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à : a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ; b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ; c) Développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ; d) Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ou aux médicaments » (CSP, art. L. 162-31-1, 1°).

### **Structures d'exercice coordonné et expérimentation de l'article 51 LFSS portée nationalement. L'exemple de la rémunération PEPS**

Les équipes peuvent se mobiliser et se porter volontaires pour s'inscrire dans une expérimentation lancée au niveau national par le Ministère de la santé et l'Assurance maladie au titre de l'article 51 de la LFSS pour 2018. On peut notamment citer l'expérimentation PEPS (Paiement en équipe de professionnels de santé en ville). Cette expérimentation propose à des équipes de médecins généralistes et d'infirmiers exerçant en structure d'exercice coordonné de substituer au paiement à l'acte un financement collectif (rémunération forfaitaire), pour l'ensemble de leur patientèle ou pour des sous-ensembles de celle-ci (ex. patientèle diabétique). Comme le précise le cahier des charges de l'expérimentation, « pour cette population, une « rémunération PEPS » est versée collectivement à une structure » et « le forfait est calculé en fonction du nombre de patients « médecin traitant » concernés (patientèle PEPS), qu'ils soient consommant ou non consommant, et des caractéristiques de cette patientèle « médecin traitant » pour tenir compte de la diversité des besoins des patients ». Les équipes retenues sont ensuite libres de déterminer collégialement la répartition et l'utilisation de la rémunération PEPS la plus pertinente possible.

Certaines de ces expérimentations peuvent « s'articuler avec », voire compléter, des exercices coordonnés et/ou de coopération. Elles peuvent être portées par les professionnels eux-mêmes ou les structures auxquelles ils se rattachent. Ce cadre peut permettre de porter des modèles « innovants » de rémunération de l'activité sous forme particulièrement de rémunération alternative à l'acte. Ainsi, par ce canal, peut notamment être adossé à un protocole un mécanisme de rémunération forfaitaire ou d'équipe conduisant à un partage de rémunération entre les professionnels de santé impliqués dans ledit protocole. Cela permet alors la « mise à distance » de la rémunération à l'acte dont on peut considérer qu'elle n'incite pas à la collaboration. Cependant, cette « mise à distance » ne présente aucun caractère systémique ; elle suppose une initiative des professionnels qui acceptent de s'engager dans un tel cadre expérimental et obtiennent un arrêté autorisant le déploiement de l'expérimentation par le directeur général de l'ARS concernée. Qui plus est, l'expérimentation présente par nature un caractère temporaire puisque sa durée ne peut excéder 5 ans.

#### 4. Conclusion

Pour certains auteurs, malgré leur complexité, les transformations du droit des professions de santé sont porteuses d'évolutions qui ont trouvé au fil du temps une certaine cohérence : celle de chercher à répondre aux enjeux de la désertification médicale *lato sensu*<sup>56</sup>. Deux pistes d'évolution seraient désormais envisageables : celle qui vise à encourager les coopérations et les exercices groupés pour libérer du temps médical ; celle qui consiste à redistribuer les compétences d'intervention auprès des patients (reconnaissance de nouvelles professions telles que la profession de conseiller en génétique, attribution de nouvelles compétences, telles que des capacités de prescription et de vaccination pour les IPA, extensions de compétences pour les praticiens détenteurs de certains titres tels que ceux de psychothérapeute et de chiropracteur etc.).

À l'inverse, d'autres perçoivent la complexité de l'organisation du système de santé, la multiplicité de ces acteurs et la superposition des centres de décision comme ne permettant pas de préserver une architecture sociale efficace et garante du libre et égal accès à la prévention et aux soins. Ils proposent une redéfinition plus globale du système de santé qui serait constitué « *des professionnels de santé, des établissements et des réseaux de santé, mais également des organismes d'assurance maladie et des autres organismes participant à la prévention et aux soins, des autorités administratives et des usagers qui a pour objectif la mise en œuvre du droit fondamental à la protection de la santé inscrit dans le 11<sup>ème</sup> alinéa du Préambule de la Constitution de 1946* »<sup>57</sup>. Cette perspective nécessiterait de modifier l'architecture juridique qui structure de longue date les professions de santé.

---

<sup>56</sup> D. Truchet – propos tenus lors de la table ronde *Les professions de santé demain*, colloque du Conseil d'État, 7 février 2020

<sup>57</sup> V. D. Tabuteau, « 1983-2103 : les évolutions de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économie médicale*, 2013/1, vol. n° 31, p. 72. Voir aussi du même auteur « *Politique d'assurance maladie et politique de santé publique. Cohérence et incohérences des lois des 9 et 13 août 2004* », *Dr. soc.* 2006.200 ; « *Droit de la santé et droit de l'assurance maladie* », *RDSS* 2008.878.



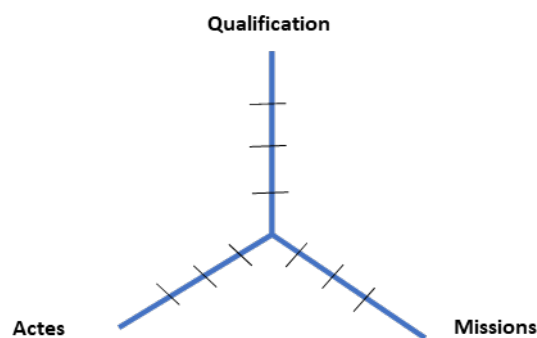
## Modalités de définition des professions de santé dans quelques pays européens

Cette annexe est largement inspirée des références bibliographiques suivantes :

- Laude A, Roynier C, Tabuteau D, *Les Professionnels de santé en Europe - La notion de « profession de santé »*, Institut Droit et Santé, Université Paris Descartes, Inserm UMRS 1145, juin 2018
- Moret-Bailly J, *Les modes de définition des professions de santé, présent et avenir*, Revue de droit sanitaire et social, 2008
- HAS et ONDPS, *Recommandation, Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?*, 2008
- Rapport de Mission Berland Y., *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*, 2007 (annexe 2 – éléments de sémantique)

La définition des professions de santé peut être analysée autour de trois dimensions :

- les qualifications : elles constituent une dimension centrale de la définition des professions de santé (et des professions réglementées de manière générale). C'est une exigence de formation, de connaissances, voire d'expérience validée le plus souvent par un examen ou un diplôme. Elles constituent le ciment de la compétence, qui représentent la traduction de ces savoirs en actions.
- les actes : ce sont des interventions techniques ; le droit de les exercer est reconnu légalement à un soignant. Les actes peuvent être divisés en tâches ou au contraire regroupés en domaine d'activité. Les pays qui utilisent les listes d'actes ou de tâches sont dans une logique « restrictive » (tout ce qui n'est pas autorisé est exclu). Ceux qui attribuent des domaines d'activité appliquent une logique plus « extensive » (tout ce qui n'est pas exclu est autorisé).
- les missions : les professions peuvent être définies en fonction des missions de santé qu'elles assurent et des services qu'elles rendent à la population.



Source : Laude A, Roynier C, Tabuteau D, *Les Professionnels de santé en Europe - La notion de « profession de santé »*, Institut Droit et Santé, Université Paris Descartes, Inserm UMRS 1145, juin 2018

Tous les pays intègrent les qualifications dans la définition des professions de santé. En revanche, certains y associent des listes d'actes, d'autres leur attribuent des missions de santé, d'autres encore combinent les trois dimensions.

## 1. Contexte

Si les qualifications constituent un prérequis indispensable à l'organisation des professions, certains systèmes en font véritablement leur fondement : c'est le cas de l'Allemagne où les tâches réalisées par les assistants médicaux par exemple dépendent moins du statut de la profession que des formations et certifications obtenues ultérieurement.

Le recours à des listes d'actes et de missions de santé impacte directement l'organisation des professions de santé.

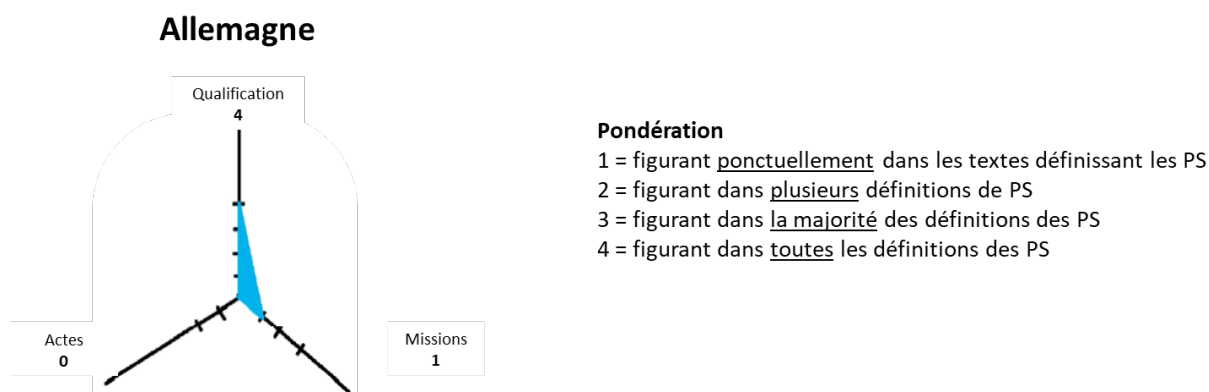
La définition de listes d'actes définit un cadre strict, profession par profession (en Belgique et en France notamment). Elle réduit le risque juridique mais peut conduire à une forme de cloisonnement de l'organisation des soins.

La définition de missions de santé se centre sur les finalités du système de santé. Chaque profession contribue aux services à rendre à la population (qui peuvent d'ailleurs être définis par un cahier des charges et faire l'objet d'appel d'offre, comme en Angleterre). Dans ce cas, la régulation et la déontologie sont garanties, non par le droit mais par les ordres professionnels et les sociétés savantes.

Ces dimensions peuvent être utilisées simultanément dans l'organisation des professions. Mais le recours aux trois dimensions pour définir une même profession peut nuire à sa lisibilité.

## 2. Modalités de définition

### - *Définition dominée par les qualifications*



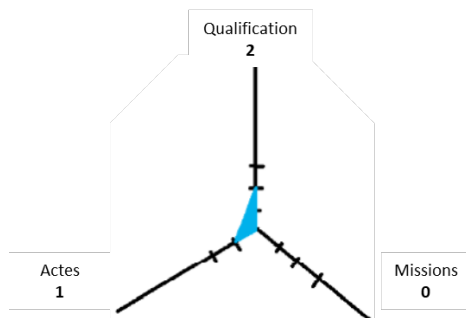
Source : Laude A, Roynier C, Tabuteau D, Les Professionnels de santé en Europe - La notion de « profession de santé », Institut Droit et Santé, Université Paris Descartes, Inserm UMRS 1145, juin 2018

Le système allemand repose essentiellement sur les qualifications : la formation continue, la validation des connaissances, des compétences, les certifications et accréditations professionnelles délivrées pour des actes et des tâches spécifiques.

Le périmètre de compétence repose donc sur les qualifications obtenues et peut donc varier d'un individu à un autre au sein d'une même profession. Ainsi, les assistants médicaux peuvent effectuer une palette d'activités extrêmement variées, qui pourraient recouper les actes réalisés en France par exemple, par une secrétaire médicale, une aide-soignante, une infirmière voire une infirmière de pratique avancée.

- **Définition combinant qualifications et actes**

**Belgique**



**Pondération**

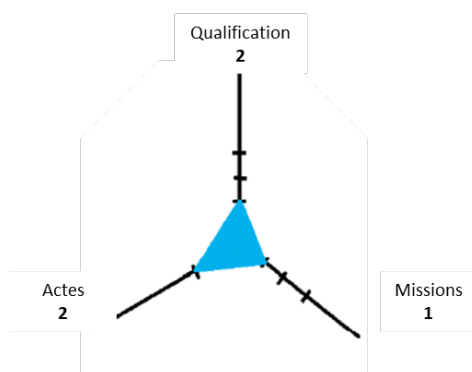
- 1 = figurant ponctuellement dans les textes définissant les PS
- 2 = figurant dans plusieurs définitions de PS
- 3 = figurant dans la majorité des définitions des PS
- 4 = figurant dans toutes les définitions des PS

Source : Laude A, Roynier C, Tabuteau D, Les Professionnels de santé en Europe - La notion de « profession de santé », Institut Droit et Santé, Université Paris Descartes, Inserm UMRS 1145, juin 2018

En Belgique par exemple, il n'y a aucune référence faite aux missions des professionnels. La définition repose sur une combinaison de qualifications et d'actes. Le fait qu'elle repose davantage sur les qualifications que sur les actes offre toutefois une souplesse relative.

- **Définition hybride avec forte dimension « actes »**

**France**



**Pondération**

- 1 = figurant ponctuellement dans les textes définissant les PS
- 2 = figurant dans plusieurs définitions de PS
- 3 = figurant dans la majorité des définitions des PS
- 4 = figurant dans toutes les définitions des PS

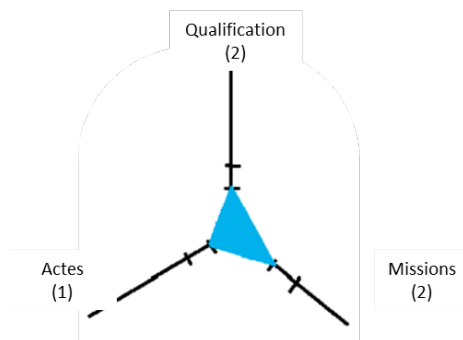
Source : Laude A, Roynier C, Tabuteau D, Les Professionnels de santé en Europe - La notion de « profession de santé », Institut Droit et Santé, Université Paris Descartes, Inserm UMRS 1145, juin 2018

La France repose historiquement sur un modèle combinant qualification et actes. Mais les définitions intègrent également les domaines d'activité ou « rôles propres » de certaines professions. Plus récemment, des missions de santé ont été attribuées à certaines catégories de professionnels. C'est probablement le modèle de définition le plus hétérogène ici.

L'auto-régulation des professions médicales et de la pharmacie, et de certains auxiliaires médicaux, via les codes de déontologie et les Ordres professionnels, reste importante. Pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, cette autorégulation, qui interdit notamment d'outrepasser ses compétences, pourrait faciliter la définition de missions larges pouvant être réalisées de manière autonome, au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

- **Définition hybride avec forte dimension « missions de santé »**

**Angleterre**



**Pondération**

- 1 = figurant ponctuellement dans les textes définissant les PS
- 2 = figurant dans plusieurs définitions de PS
- 3 = figurant dans la majorité des définitions des PS
- 4 = figurant dans toutes les définitions des PS

Source : Laude A, Roynier C, Tabuteau D, Les Professionnels de santé en Europe - La notion de « profession de santé », Institut Droit et Santé, Université Paris Descartes, Inserm UMRS 1145, juin 2018

La régulation et la déontologie des professions de santé en Angleterre sont garanties par les ordres et sociétés savantes.

Il n'y a pas de cadre juridique strict défini par la loi ou le pouvoir réglementaire.

La profession de santé est le plus souvent envisagée dans son rôle et par ses missions, qui peuvent varier en fonction des compétences de professionnels, mais aussi de l'offre disponible sur le territoire et des besoins de la population.

**3. L'interdépendance entre cadre juridique et conditions économiques d'exercice**

Ce cadre juridique influence les conditions économiques d'exercice : la rémunération à l'acte, au forfait, à la capitation ou le salariat sont plus ou moins adaptés pour rémunérer des actes, des missions, rôles ou fonctions. En France notamment, l'imbrication de la dimension « actes » avec la dimension « missions » dans la définition des professions de santé semble aller de pair avec le caractère hybride des modes de rémunération : paiement à l'acte, forfaits, rémunération sur objectif de santé publique, etc.



## Les dispositifs juridiques d'organisation des professions de santé et leur évolution (hors cadre hospitalier) et leur évolution

### 1. Les responsabilités des professionnels de santé sont définies par décrets et arrêtés, et codifiées par le code de la santé publique

Les professions de santé sont définies en quatrième partie du code de la santé publique (CSP), qui en distingue trois types<sup>58</sup> :

- les professions médicales, médecins généralistes, spécialistes, sages-femmes et chirurgiens-dentistes ;
- les professions de la pharmacie et de la physique médicale, pharmaciens, préparateurs en pharmacie, physicien médical ;
- les auxiliaires médicaux, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, audioprothésistes, opticien-lunetier, prothésistes-orthésistes, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, assistants dentaires.

Le présent document est consacré aux textes relatifs aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants et masseurs-kinésithérapeutes. Il ne traite pas de la classification commune des actes médicaux (CCAM) qui décrit techniquement les actes professionnels relevant de la compétence des seules professions médicales aux fins de les coder.

---

<sup>58</sup> S'ajoutent à ces trois types de profession, les conseillers en génétique qui sont titulaires d'un diplôme spécifique (art. L. 1132-2 CSP) et exercent leur activité sous la responsabilité d'un médecin qualifié en génétique (art. L. 1132-1 CSP). On relèvera également l'existence, au sein de la sixième partie du CSP consacrée aux « établissements et services de santé », de l'activité du biologiste médical.

## 1.1. La législation française consacre *a priori* la primauté du corps médical, le médecin disposant du monopole du diagnostic initial

### 1.1.1. Médecins

Le périmètre de compétences des médecins en matière de diagnostic, de soins et de prescription de médicaments, d'actes et de matériels médicaux est régi par trois textes principaux :

- l'article L. 4161-1 du CSP, qui définit le délit d'exercice illégal de la médecine, et par conséquent le périmètre du monopole d'exercice de la médecine. Cet article dispose que les médecins ont le monopole du diagnostic, du traitement de maladies et de la réalisation d'actes médicaux par tous moyens. Des exceptions sont prévues pour les professionnels de santé agissant en autonomie ou sous la direction d'un médecin. On notera que cet article ne s'applique pas « *aux pharmaciens biologistes pour l'exercice des actes de biologie médicale* » qui disposent d'un champ de compétence exclusif (V. art. L. 6211-1 et s. du CSP) ainsi que de missions de prévention<sup>59</sup>.
- l'article R. 4127-70 du CSP, qui correspond à l'article 70 du code de déontologie des médecins. Cet article dispose que « tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. » La limite fixée par la déontologie à « l'omnivalence » du diplôme de médecin est l'appréciation du médecin lui-même, relativement à ses connaissances, à son expérience et aux moyens à sa disposition ;
- et pour certains actes, l'arrêté du 6 janvier 1962, modifié le 15 avril 2007, fixe une liste d'actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ainsi que des actes pouvant être pratiqués, sous la responsabilité ou sur prescription d'un médecin, par des auxiliaires médicaux ou des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins.

Par rapport à la liste d'actes en vigueur aujourd'hui, la version initiale de l'arrêté du 6 janvier 1962 comprenait 22 actes supplémentaires, par exemple les pansements simples et complexes, les prises de sang veineux au niveau des membres ou l'utilisation d'appareils servant à mesurer l'acuité auditive.

Cette évolution traduit le développement des décrets d'actes visant notamment à confier à certains professionnels de santé un champ de compétences propres, en parallèle du développement des auxiliaires médicaux, en particulier les infirmiers.

---

<sup>59</sup>« Les professionnels de santé ainsi que les biologiste-responsable et biologistes coresponsables de biologie médicale mentionnés au livre II de la sixième partie du présent code, exerçant en dehors des établissements de santé, veillent à prévenir toutes infections liées à leurs activités de prévention, de diagnostic et de soins. Des arrêtés fixent, en tant que de besoin, les règles qu'ils doivent respecter » (art. L. 3114-6 CSP).

## L'arrêté d'acte du 6 janvier 1962

L'arrêté du 6 janvier 1962 distingue :

- les actes ne pouvant être pratiqués que par des médecins ;
- les actes ne pouvant être pratiqués par des auxiliaires médicaux que sous la supervision directe d'un médecin<sup>60</sup> ;
- les actes pratiqués par des auxiliaires médicaux sur prescription d'un médecin<sup>61</sup>.

Ce décret a été modifié pour la dernière fois le 13 avril 2007.

Au titre de cet arrêté, ne peuvent être pratiqués que par des docteurs en médecine (ces points seront discutés dans la suite de cette annexe) :

- toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie ;
- le massage prostatique ;
- le massage gynécologique ;
- tout acte de physiothérapie aboutissant à la destruction si limitée, soit-elle des téguments, et notamment la cryothérapie, l'électrolyse, l'électro-coagulation et la diathermo-coagulation ;
- tout mode d'épilation, sauf les épilations à la pince ou à la cire.
- toute abrasion instrumentale des téguments à l'aide d'un matériel susceptible de provoquer l'effusion du sang (rabotage, meulage, fraisage) ;
- audiométrie tonale et vocale à l'exclusion des mesures pratiquées pour l'appareillage des déficients de l'ouïe.

Ne peuvent être pratiqués par des auxiliaires médicaux que sous la supervision directe d'un médecin :

- les élongations vertébrales par tractions mécaniques (mise en jeu manuelle ou électrique) ;
- les actes d'électrothérapie médicale comportant l'emploi des rayons infrarouges, des rayons ultraviolets produits par les émetteurs « lampes de cabinet », des ultra-sons, des courants de haute fréquence, de l'ionisation, du courant continu ;
- l'emploi des rayons X.

Peuvent être pratiqués par des auxiliaires médicaux sur prescription d'un médecin :

- prise de la tension artérielle,
- aérosols (à la condition que la solution administrée soit prescrite par le médecin sur ordonnance sur laquelle doivent figurer et la dose d'aérosols à utiliser chaque fois et la durée des séances et leur nombre) ;
- actes d'électrothérapie médicale comportant l'emploi des rayons ultraviolets, par dérogation aux dispositions de l'arrêté relatives aux émetteurs dits « lampes de prescription », des rayons infrarouges à ondes longues ou émis par résistance visible ou lampe, le malade exposé pouvant s'éloigner à volonté, des courants de moyenne et basse fréquence ;

---

<sup>60</sup> Le texte est formulé de la façon suivante : « ne peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés que sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment, les actes médicaux suivants, dont la liste est limitative »

<sup>61</sup> Le texte est formulé de la façon suivante : « Peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés et uniquement sur prescription du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci, les actes médicaux suivants, dont la liste est limitative »



- massages simples, massages avec application de rayons infra-rouges dans les conditions ci-dessus ;
- mobilisation manuelle des segments de membres (à l'exclusion des manœuvres de force) ;
- mécanothérapie ;
- gymnastique médicale, postures ;
- rééducation fonctionnelle ;
- rééducation orthoptique ;
- maniement des appareils servant à enregistrer le pouls.

L'arrêté précise également les actes pouvant être réalisés par des directeurs de laboratoires d'analyse médicale non médecins.

On trouve également des documents émanant de communautés professionnelles, tel celui qui a été élaboré par le Collège national des généralistes enseignants et qui définit six compétences génériques pour les médecins généralistes :

- la capacité de gérer les soins de premier recours<sup>62</sup>, programmés ou non, pour l'ensemble des patients ;
- une approche globale du patient à partir d'un modèle global de santé, intégrant l'ensemble des éléments relatifs aux patients ;
- la mise en place d'actions de prévention, d'éducation et de dépistage au niveau individuel et communautaire ;
- la capacité à assurer la coordination et la continuité des soins des patients ;
- la capacité à construire une relation avec le patient, son entourage et les autres professionnels impliqués ;
- s'engager avec professionnalisme en respectant les obligations éthiques et déontologiques (inclut la formation d'autres professionnels).

#### *1.1.1.1. « L'omnivalence » du diplôme de médecin et la prévention de l'exercice illégal de la médecine fondent l'organisation des professions de santé*

La réalisation d'actes médicaux par un non-médecin est strictement encadrée, en particulier par le délit d'exercice illégal de la médecine.

L'article L. 4161-1 du CSP définit différents cas d'exercice illégal de la médecine comme la participation personnelle habituelle, ou par direction suivie<sup>63</sup>, à des activités de pose de diagnostic ou de traitement de maladies réelles ou supposées :

- sans avoir les diplômes requis pour être médecin ;
- en n'ayant pas d'autorisation d'exercer (diplômes étrangers notamment) ;
- en ayant le titre de médecin, en prêtant son concours à un non-médecin ou à un médecin n'ayant pas l'autorisation d'exercer ;
- en étant médecin non inscrit au tableau de l'ordre ou temporairement interdit d'exercice ;

<sup>62</sup> L'article L. 1411-11 du Code de la santé publique définit le périmètre des soins de premier recours. Outre une condition de proximité, ils comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

4° L'éducation pour la santé. »

<sup>63</sup> La « direction suivie » signifie qu'un seul patient suivi à plusieurs reprises suffit à caractériser le délit d'exercice illégal.

- pour les médecins étrangers ressortissants de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, n'ayant pas respecté l'obligation de déclaration de prestation de service prévue pour une activité temporaire et occasionnelle.

Ce délit volontairement large a fait l'objet d'une définition jurisprudentielle progressive, qui a permis de confirmer la distinction entre les médecins et d'autres professionnels de santé. Notamment :

- en réservant la pratique de l'acupuncture aux médecins (et, de manière encadrée, aux sages-femmes) ;
- en qualifiant d'exercice illégal tout acte contribuant à l'exercice d'un diagnostic (lecture de radiographie par exemple) réalisée par un non-médecin ;
- en distinguant les actes à visée esthétique et de confort (massage non soumis à prescription médicale par exemple) ;
- en définissant un exercice « habituel » à compter du deuxième acte illégal.

Les médecins eux-mêmes peuvent se rendre coupables du délit de complicité d'exercice illégal, mais un médecin sortant de son domaine légal de compétence ne peut faire l'objet de poursuites pénales à ce titre.

### **Le cas de l'épilation à lumière pulsée ou au laser**

L'arrêté du 6 janvier 1962 dispose dans son article 2 que les épilations « ne peuvent être pratiquées que par les docteurs en médecine », à l'exception des « épilations à la pince ou à la cire ». Tout autre mode d'épilation réalisé par un non-médecin constitue donc un exercice illégal de la médecine.

Face au développement des offres d'épilation au laser et surtout à la lumière pulsée, la question du maintien de cette disposition a régulièrement été posée, de nombreuses entreprises proposant ces prestations hors du cadre médical ou sous la simple supervision d'un médecin.

La jurisprudence de la Cour de Cassation a ainsi retenu la qualification d'exercice illégal de la médecine à l'encontre de kinésithérapeutes, d'infirmiers ou d'instituts de beauté réalisant ces prestations, ou la complicité d'exercice illégal à l'encontre de médecins ayant délégué ces actes. La dernière jurisprudence en ce sens date ainsi du 29 janvier 2019 (CCass, crim, 29 janvier 2019, 16-85.746), et confirme notamment que le fait que l'épilation au laser n'existait pas lors de la publication de l'arrêté du 6 janvier 1962 est sans conséquence sur la portée générale de l'interdiction.

La position des juridictions a néanmoins évolué en 2019 et 2020 sous l'influence du droit communautaire, ouvrant la voie à une évolution de la réglementation dans le sens de la fin du monopole médical sur l'épilation à lumière pulsée :

- dans un arrêt du 8 novembre 2019 (n° 424954), le Conseil d'État a estimé que l'interdiction de l'épilation à lumière pulsée par les esthéticiens et le monopole accordé aux docteurs en médecine méconnaissaient la liberté d'établissement et la libre prestation de services garantis par les articles 49 et 56 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE). En l'occurrence, l'objectif de protection de la santé des usagers ne nécessitait pas un monopole des docteurs en médecine, les appareils d'épilation à la lumière pulsée étant en vente libre aux particuliers et les effets indésirables étant limités ;
- cette position a été reprise par la Cour de Cassation dans un arrêt du 31 mars 2020 (19-85.121) en les restreignant à l'épilation à la lumière pulsée. La Cour rappelle également que le gouvernement a soumis, suite à la décision du Conseil d'État, un projet de décret autorisant la pratique de l'épilation à lumière pulsée par les esthéticiens sous réserve d'une formation adaptée<sup>64</sup>.

<sup>64</sup> Le projet de décret vient d'être notifié à la Commission européenne.

Ces deux jurisprudences n'excluent pas un encadrement de ces actes<sup>65</sup>, y compris par des docteurs en médecine, mais rappellent que l'objectif d'intérêt général de protection des patients implique des mesures proportionnées, notamment vis-à-vis des principes de libre concurrence, de liberté d'établissement et de libre prestation de services.

### *1.1.1.2. L'exemple de l'ostéopathie illustre les difficultés d'un modèle centré sur le monopole du médecin et les aménagements possibles*

L'ostéopathie n'est pas reconnue comme une discipline médicale, et les ostéopathes ne font pas partie des professions réglementées par le code de la santé publique. Ostéopathe est un titre professionnel sanctionnant une formation dédiée (le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie définit le champ de compétences des ostéopathes).

En parallèle, l'arrêté du 6 janvier 1962 réserve aux seuls docteurs en médecine « tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (...) et de chiropraxie ». Suivant cette disposition, tous les ostéopathes non médecins sont susceptibles de commettre un exercice illégal de la médecine.

Sur ce point, la Cour de cassation a confirmé le 12 mars 1992<sup>66</sup> la condamnation pour exercice illégal de la médecine d'un ostéopathe non-médecin, du fait de sa réalisation habituelle d'actes réservés aux docteurs en médecine. Cette position fut par la suite confirmée en 1998.

Cette position qui a rencontré une opposition forte des établissements formant au titre professionnel d'ostéopathe, a par la suite été progressivement assouplie par le législateur et le gouvernement :

- dans son article 75, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* reconnaît officiellement les titres d'ostéopathe et de chiropracteur<sup>67</sup>, en les réservant aux organismes de formation agréés par l'État, et en renvoyant notamment à un décret la liste des actes pouvant être réalisés par ces praticiens.
- cinq ans plus tard, le décret du 25 mars 2007 *relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie* autorise les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe à pratiquer « *des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain* ».

Aujourd'hui, les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe peuvent être consultés en première intention, mais ils ont l'obligation de solliciter un diagnostic préalable du médecin pour les manipulations du rachis cervical et du crâne, de la face et du rachis chez les nourrissons de moins de six mois<sup>68</sup>. Ils ne peuvent en outre effectuer ni manipulation gynéco-obstétricales, ni touchers pelviens. Ainsi, l'évolution des revendications des ostéopathes a mené à un amoindrissement limité du monopole d'exercice des médecins, en faveur d'une profession non reconnue en tant que profession de santé au sens du CSP. Elle a conduit à aménager un champ pour l'ostéopathie, visant à répondre à cette demande tout en garantissant la protection des patients.

---

<sup>65</sup> L'ANSES a recommandé d'encadrer le marché des appareils d'épilation à la lumière pulsée en inscrivant ces dispositifs dans un cadre réglementaire adapté et en proposant un socle commun de formation pour les professionnels amenés à les utiliser : ANSES, *Avis et rapport relatifs aux risques associés aux épilateurs à lumière pulsée intense (IPL)*, 10 juin 2021.

<sup>66</sup> Cass. Crim., 12 mars 1992, 91-82572.

<sup>67</sup> Décret n° 2011-32 du 7 janvier 2011 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de la chiropraxie.

<sup>68</sup> Ces dispositions, issues du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 *relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie*, sont réservées aux ostéopathes. Elles ne sont pas applicables aux médecins, ni aux autres professionnels de

### 1.1.2. Chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes bénéficient du monopole de « l'art dentaire », défini à l'article L. 4141-1 du CSP comme « *la prévention, le diagnostic, et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants* ».

Comme pour les médecins, ce monopole repose sur deux éléments principaux :

- les titres exigés pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste (art. L. 4141-3 CSP) ;
- le délit d'exercice illégal de l'art dentaire (art. L. 4161-2 CSP)<sup>69</sup>.

L'article L. 4141-1 CSP limite la compétence du chirurgien-dentiste, qui n'est pas compétent sur les autres parties du corps et peut lui-même se rendre coupable du délit d'exercice illégal de la médecine<sup>70</sup>.

Depuis la loi du 30 novembre 1892 créant le diplôme de chirurgien-dentiste et le délit d'exercice illégal de l'art dentaire, le périmètre réglementaire de la profession a peu évolué, mais la question de la répartition des compétences entre chirurgiens-dentistes et prothésistes dentaires était déjà posée à l'époque. A l'heure actuelle, les prothésistes dentaires ne sont pas des professionnels de santé et leur formation n'a pas de caractère médical<sup>71</sup>. Ils ne sont donc pas intégrés à la chaîne des soins et ne peuvent pas avoir un accès direct aux patients, lequel constituerait un exercice illégal de l'art dentaire.

---

santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé et dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel.

<sup>69</sup> Constituent des actes prothétiques relevant de l'art dentaire, visés à l'article L. 373-1° du code de la santé publique (nouvel article L. 4161-2 de ce même code), les opérations de prise d'empreinte, d'adaptation et de pose d'un appareil dentaire, sans qu'il y ait lieu de distinguer si ces interventions ont pour objet d'installer un premier appareil ou d'ajuster ou de remplacer une prothèse existante : Cass. Crim 3 mars 1987.

<sup>70</sup> Cf. Cass. Crim., 21 septembre 2004, 04-80056. Exerce illégalement la médecine un chirurgien-dentiste qui établissait un diagnostic à partir « à partir d'une sémiologie lointaine et totalement étrangère à des anomalies et maladies des dents, de la bouche, des mâchoires et tissus attenants », et que ce diagnostic « sortait de sa sphère de compétence ».

<sup>71</sup> De nombreux prothésistes dentaires et chirurgiens-dentistes se sont, à ce jour, déclarés fabricants conformément à l'article R. 5211-4 du CSP auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps).

### 1.1.3. Pharmaciens

#### 1.1.3.1. L'organisation du monopole de la dispensation de médicaments

1.1.3.1.1. Le code de la santé publique définit un double monopole de la dispensation de médicaments en ville par les pharmaciens d'officine ainsi qu'au sein d'officines réglementées

L'article L. 4223-1 CSP définit le délit d'exercice illégal de la pharmacie, fondement du monopole d'exercice des pharmaciens. De manière similaire aux autres professions de santé régies par un ordre, l'exercice de la profession de pharmacien est lié au respect de trois conditions :

- offrir l'ensemble des garanties de moralité professionnelle ;
- être titulaire d'un diplôme, certificat ou titre permettant l'exercice de la profession ;
- être inscrit à l'ordre des pharmaciens (les pharmaciens militaires, fonctionnaires hors hôpital, inspecteurs de santé publique, des Agences régionales de santé (ARS) ou de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sont dispensés de l'inscription au tableau de l'ordre (article L. 4222-7 CSP)).

Outre ces dispositions réglementant la profession de pharmacien, l'article L. 4211-1 CSP définit le monopole de la dispensation de médicaments par les pharmaciens.

Ce monopole couvre plusieurs catégories de produits :

- la préparation des médicaments destinés à la médecine humaine présentés à l'article L 5121-1 CSP relatif aux médicaments à usage humain ;
- la préparation des pansements, dispositifs conformes à la pharmacopée, à l'exception des tests de grossesse ou d'ovulation ;
- la vente en gros et au détail de ces médicaments, produits et objets, préparés ou non par le pharmacien ;
- la vente au détail :
  - de plantes médicinales, hors dérogation accordée aux herboristes et plantes « libéralisée » non réservées à un usage médicinal ;
  - d'huiles essentielles non destinées à un usage cosmétique, ménager ou alimentaire ;
  - des aliments lactés diététiques et des aliments de régime destinés aux enfants de moins de quatre mois.

Le monopole de dispensation par les pharmaciens se double d'un monopole de dispensation au sein des officines pharmaceutiques, remis en cause notamment par l'Autorité de la concurrence<sup>72</sup>, qui défendait en 2013 l'extension de la dispensation en parapharmacie et en grande surface.

---

<sup>72</sup> Cf Autorité de la concurrence, avis n° 13-A-24 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament à usage humain en ville. V. plus récemment, l'avis n° 19A08 du 4 avril 2019 relatif aux secteurs de la distribution du médicament en ville et de la biologie médicale privée.

1.1.3.1.2. Les exceptions à ce double monopole sont rares et de portée limitée, du fait de l'importance de l'objectif de protection des populations et de la régulation de l'accès au médicament

Le CSP prévoit des exceptions limitées au monopole de dispensation par les pharmaciens :

- dans les communes dépourvues d'officine de pharmacie, le directeur général de l'ARS peut autoriser un médecin à stocker et dispenser des médicaments et dispositifs médicaux, suivant une liste limitative (article L. 4211-3 CSP). Cette faculté est peu utilisée, l'Assurance maladie indiquait en 2015 qu'environ 150 médecins en bénéficiaient ;
- les sociétés agréées peuvent assurer la dispensation à domicile de gaz à usage médical, sous la responsabilité d'un pharmacien (article L. 4211-5 CSP) ;
- les herboristes diplômés avant le 20 septembre 1941 peuvent vendre des plantes médicinales, suivant une liste limitative (article L. 4211-7 CSP) ;
- des organismes autorisés peuvent assurer la préparation et la distribution de thérapies géniques, cellulaires xénogéniques et innovantes (articles L. 4211-8 à L. 4211-11 CSP)<sup>73</sup>.

En outre :

- les vétérinaires partagent le monopole de dispensation des médicaments à usage animal ;
- les sociétés agréées et les associations de prévention peuvent assurer la distribution de seringues et d'aiguilles ;
- la vente de produits d'entretien des lentilles de contact a été libéralisée en 2014, autorisant leur vente en grande surface (elle était auparavant partagée entre les pharmaciens et les opticiens-lunetiers) ;
- les centres de soin et de prévention en addictologie peuvent délivrer des médicaments de substitution à l'héroïne ;
- les centres de planning familial peuvent délivrer des médicaments et produits de contraception, et les infirmières scolaires peuvent distribuer des contraceptifs d'urgence.
- et d'autres encore (Etablissement français du sang, les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des MST (V. la liste fixée à l'art. R. 5124-45 CSP).

Du fait des enjeux de protection de la santé de la population et de régulation de l'accès aux médicaments, la mission de dispensation des médicaments est donc strictement encadrée, de même que les exceptions au monopole de dispensation des pharmaciens.

---

<sup>73</sup> La personne responsable des activités mentionnées aux articles L. 4211-8 et L. 4211-9 est nécessairement un pharmacien, un médecin ou une personne autorisée à exercer la profession de médecin ou de pharmacien, ou une personne disposant d'une formation scientifique adaptée. L'art. R. 4211-1 CSP modifié par le décret du 27 avril 2012 précise que ce peut être une personne titulaire « d'un diplôme universitaire scientifique comprenant dans son cursus un enseignement en immunologie ou en allergologie, ainsi que des éléments attestant d'une expérience professionnelle dans le domaine des allergènes ».

### *1.1.3.2. Des missions accessoires obligatoires et facultatives ont élargi le champ de compétence des pharmaciens d'officine*

Le pharmacien remplit des missions de prévention, de soins et de santé publique au même titre que les autres professions de santé.

#### *1.1.3.2.1. La loi HPST du 21 juillet 2009 a permis une extension considérable des missions des pharmaciens d'officine*

L'article L. 5125-1-1-A du CSP, issu de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (loi HPST) et complété par des décrets puis la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, définit pour la première fois les missions des pharmaciens d'officine :

- contribuer aux soins de premier recours, ce qui inclut la dispensation des médicaments, produits et dispositifs médicaux ;
- participer à la coopération entre professionnels de santé ;
- participer à la mission de service public de permanence des soins ;
- concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;
- participer aux actions d'éducation thérapeutique<sup>74</sup> et d'accompagnement de patients ;
- assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement médico-social ;
- proposer des conseils et prestations visant à maintenir ou favoriser l'état de santé des personnes. Cette mission a été instaurée par le décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018, et peut prendre plusieurs formes ;
  - prévention et promotion de la santé ;
  - évaluation en vie réelle des médicaments ;
  - dépistage des maladies infectieuses et non transmissibles ;
  - participation à la coordination des soins dans le cadre du parcours de soins coordonné ;
  - suivi du bon usage des médicaments et de l'observance, avec information du médecin traitant ;
- réaliser des vaccinations dans une liste limitative (cf. ci-dessous) ;
- dans le cadre des protocoles de coopération prévus par la loi et définis aux articles 4011-1 et suivants du CSP, être désignés comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient, et, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler des traitements chroniques et ajuster leur posologie.

Ces missions confient ainsi un rôle potentiellement central au pharmacien d'officine dans l'amélioration de la prise en charge en ville des patients, consacrant « le glissement d'une législation fondée sur la police des produits vers une logique assise sur le service des patients »<sup>75</sup>, dans une logique de coopération sur un territoire avec l'ensemble des professionnels de santé.

Une des conséquences de cette évolution a été, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, l'introduction d'une rémunération sur objectifs de santé publique pour les pharmaciens et d'honoraires de dispensation.

---

<sup>74</sup> L'éducation thérapeutique a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade.

Les programmes d'éducation thérapeutique sont autorisés par l'ARS pour une durée de quatre ans. Ils sont coordonnés par un médecin ou par un autre professionnel de santé, voire par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée.

<sup>75</sup> Code de la santé publique 2019, Dalloz, commentaire de l'article L. 5125-1-1-A du code.

La participation aux soins de premier recours organisés par l'agence régionale de santé, aux actions de veille sanitaire et aux missions de service public de permanence des soins sont obligatoires pour les pharmaciens d'officine.

La coopération professionnelle est cependant restée une mission facultative.

De nouvelles missions – comme la réalisation des bilans de médication pour les patients âgés – et une réforme de la rémunération des pharmaciens ont été introduites par l'avenant n°11 à la Convention pharmaceutique entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine, signé le 20 juillet 2017.

En revanche, le Conseil constitutionnel a annulé la disposition prévoyant la possibilité de mener une expérimentation dans une région connaissant un taux important de recours à l'Interruption volontaire de grossesse (IVG) et tendant à autoriser les pharmaciens d'officine ayant reçu une formation spécifique à délivrer, pour trois mois et sans renouvellement possible, une contraception aux femmes de plus de 15 ans et de moins de 35 ans (V. Cons. const. 16 juill. 2009, n° 2009-584 DC).

#### 1.1.3.2.2. La pratique de vaccinations par le pharmacien a été pérennisée en mars 2019

L'article 59 de la loi no 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 pérennise, à compter du 1er mars 2019, le dispositif permettant aux pharmaciens de pratiquer des vaccinations. Cette possibilité est ouverte sous réserve d'avoir suivi une formation dédiée, et de déclarer cette activité à l'ARS.

La liste des vaccins autorisés est fixée par arrêté du ministre de la santé, après avis de la Haute autorité de santé (HAS). Le dernier arrêté, en date du 25 avril 2019, ne prévoit cependant que la vaccination contre la grippe saisonnière des personnes majeures et ciblées par les recommandations vaccinales (personnes de plus de 65 ans, femmes enceintes, personnes souffrant de certaines maladies chroniques, professionnels de santé, etc.) A cette fin, la loi a autorisé les partenaires conventionnels de la pharmacie d'officine à fixer le tarif des honoraires dus aux pharmaciens à l'occasion des vaccinations effectuées. Un arrêté du 29 novembre 2021 autorise désormais la réalisation de la vaccination contre la grippe pour les étudiants de deuxième cycle et de troisième cycle court de pharmacie, à condition qu'ils aient suivi soit les enseignements théoriques et pratiques relatifs à la vaccination dans le cadre de leur cursus, soit une formation spécifique à la vaccination contre la Covid-19, dispensée et attestée par un professionnel de santé formé à l'administration des vaccins, sous la supervision d'un pharmacien lui-même habilité à vacciner. Des recommandations pour un élargissement des compétences de vaccination ont été récemment élaborées par la Haute Autorité de santé<sup>76</sup>.

---

<sup>76</sup> Élargissement des compétences en matière de vaccination des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes chez les enfants et adolescents de moins de 16 ans, 27 avril 2022 et 23 juin 2022.



### 1.1.3.2.3. La loi du 24 juillet 2019 de transformation du système de santé a engagé un renforcement de l'autonomie des pharmaciens d'officine vis-à-vis des médecins prescripteurs

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a renforcé le rôle du pharmacien d'officine. Elle prévoit notamment, outre les missions décrites ci-dessus :

- une implication plus importante dans les protocoles de coopération nationaux ou locaux ;
- la possibilité, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur, d'y substituer un autre médicament (sur une liste établie par l'ANSM), en informant le prescripteur ;
- la capacité de prescrire des vaccins, en plus de les administrer (une quinzaine environ)<sup>77</sup> ;
- réaliser des activités de « télésoins » ;
- une évolution du rôle des pharmaciens dans le cadre de protocoles d'exercice coordonné. Le dispositif protocolaire issu de la loi HPST ayant été jugé trop contraignant, celui-ci a évolué avec deux nouvelles possibilités ;
  - un pharmacien peut être désigné comme correspondant par le patient au sein d'une équipe de soins primaires ou spécialisés, d'une communauté professionnelle territoriale de santé, d'une maison de santé ou d'un centre de santé. Dans ce cadre, à la demande du médecin ou avec son accord, ils peuvent renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster leur posologie. Cette nouvelle disposition sort la faculté pour un pharmacien de renouveler ou adapter une prescription du cadre des protocoles de coopération ;
  - dans le cadre d'un protocole d'exercice coordonné au sein d'une des quatre structures précitées, pour certaines pathologies et dans le respect des recommandations de la HAS, délivrer sans ordonnance des médicaments figurant une liste fixée par arrêté. Une ordonnance a été publiée le 13 mai 2021 afin de favoriser la généralisation de l'exercice coordonné dans les CPTS et MSP.

Cette dernière évolution, qui fait l'objet de débats intenses, a été concrétisée par la publication de premiers protocoles au Journal officiel le 8 mars 2020<sup>78</sup> puis par le décret n° 2021-23 du 12 janvier 2021, qui codifie la possibilité de délivrer des médicaments sans ordonnance préalable, dans le cadre strict des protocoles de coopération et après formation préalable. Par ailleurs, une expérimentation du cannabis à usage médical a été lancée fin mars 2021 pour une durée de 2 ans (dans cette expérimentation, le patient sera libre de choisir son lieu de dispensation (entre le PUI d'établissement ou la pharmacie d'officine qui aura été volontaire et préalablement sélectionnée par l'ANSM).

---

<sup>77</sup> Arrêté du 21 avril 2022 fixant la liste des vaccins que les pharmaciens d'officine sont autorisés à administrer en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique et la liste des personnes pouvant en bénéficier.

<sup>78</sup> Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » ; Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » ; arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ».

On relèvera également les missions de prévention qui ont été confiées aux pharmaciens lors de l'épidémie de Covid-19. Depuis le 11 juillet 2020, les pharmaciens d'officine sont autorisés à réaliser des tests rapides d'orientation diagnostique sur sang capillaire de détection des anticorps dirigés contre le SARS-CoV-2. La nouvelle convention pharmaceutique qui a été signée le 9 mars 2022 reconnaît tarifairement des actes de dépistage tels que la réalisation du test rapide d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A, ou les dépistages des infections urinaires et du cancer colorectal. La convention renforce également les missions d'accompagnement du pharmacien pour les patients chroniques en vue de garantir les meilleures conditions d'initiation, de suivi, d'observance et d'évaluation du traitement du patient<sup>79</sup>.

---

<sup>79</sup> Voir l'article III de la convention pharmaceutique.

#### 1.1.4. Les sages-femmes, un modèle de professionnel de santé « hybride » ?

##### 1.1.4.1. Une profession médicale au périmètre limité mais qui s'est progressivement élargi depuis 2004

Les conditions légales de l'exercice de la profession de sage-femme sont précisées aux articles L. 4151-1 à L 4151-5 du CSP. Il s'agit d'une profession médicale à part entière, au même titre que les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens.

Néanmoins, le champ d'intervention des sages-femmes est plus limité par la réglementation que celui des autres professions médicales :

- activités de diagnostic et de surveillance de la grossesse ;
- préparation (psychologique, non médicamenteuse) à l'accouchement ;
- surveillance et pratique de l'accouchement et des soins postnataux pour la mère et l'enfant.

Pour ces trois points, cœur de l'activité « habituelle » des sages-femmes, le code de déontologie précise les actes pouvant être réalisés.

Les sages-femmes peuvent également réaliser les actes suivants :

- vaccination de la femme, du nouveau-né (moins de huit semaines), et de son entourage habituel ;
- prescription des examens et dispositifs médicaux « *strictement nécessaires à l'exercice de leur profession* » (art. L. 4151-4 CSP), de médicaments sur une liste limitée, et de substituts nicotiques pour l'entourage de la femme enceinte et de l'enfant . La liste de médicaments et des dispositifs médicaux que peuvent prescrire les sages-femmes a été modifiée et actualisée par un décret du 5 mars 2022<sup>80</sup>. Cette liste donne aux sages-femmes la possibilité de traiter les cystites hors grossesse, certaines IST chez les femmes et leurs partenaires, les vaginoses et les primo-infections herpétique mais aussi de prescrire les topiques vaginaux œstrogène et progestatifs. Il y a également eu une avancée pour la prise en charge de la douleur notamment dans le contexte des dysménorrhées primaires ou de pose d'implant.
- sur prescription médicale, soins en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques. Les sages-femmes n'ont pas de compétence pour diagnostiquer ou traiter des pathologies, et doivent dans ce cas faire appel à un médecin ;
- concourir aux activités de procréation médicalement assistée ;
  - en faisant partie de l'équipe médicale clinicobiologique pluridisciplinaire ;
  - en assurant des consultations relatives à la programmation et à la mise en œuvre du protocole de prise en charge établi par le médecin et à l'éducation thérapeutique ;
  - en prescrivant et en assurant le suivi d'examens biologiques ;
  - sous réserve d'une autorisation des praticiens d'assistance médicale à la procréation et sur prescription médicale, en réalisant des échographies de surveillance ;
  - en collaborant sur le plan technique aux opérations d'insémination et de prélèvement d'ovocytes et en contribuant à la surveillance postopératoire des patientes ;
  - en participant au recueil de données et à la tenue du dossier médical ;
- dans le cadre d'une convention avec un établissement de santé, et en justifiant d'une pratique suffisante et régulière dans un établissement de santé, réaliser des IVG médicamenteuses.

---

<sup>80</sup> Décret n° 2022-325 du 5 mars 2022 fixant la liste des médicaments et dispositifs médicaux que les sages-femmes peuvent prescrire.

- Selon les IST concernées, les sages-femmes peuvent désormais prescrire des dépistages et réaliser des traitements de première intention<sup>81</sup>.

L'exercice de la profession de sage-femme est subordonné à l'obtention du diplôme d'État, ou d'une autorisation d'exercice pour les ressortissants de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen.

En outre, le code de déontologie des sages-femmes précise à la fois la liberté de prescription des sages-femmes dans le cadre de leur champ de compétence (art R. 4127-312 CSP) et son obligation, « sauf circonstances exceptionnelles », de ne pas réaliser d'actes, de soins ou de prescriptions « qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités ».

On retrouve ainsi pour les sages-femmes des obligations déontologiques similaires à celles s'imposant aux médecins et aux chirurgiens-dentistes.

Dans le cadre du code de déontologie des sages-femmes, l'article R. 4127-318 du CSP, issu du décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012, définit les actes qu'une sage-femme est autorisée à réaliser. Les mises à jour de cet article depuis sa première rédaction du 8 août 2004 illustrent l'évolution des missions des sages-femmes :

- en 2004, seuls six actes pouvant être pratiqués en autonomie étaient spécifiquement mentionnés, l'échographie de surveillance, le prélèvement de sang fœtal, la surveillance des dispositifs intra-utérins, la rééducation périnéo-sphinctérienne, l'anesthésie locale pendant l'accouchement ;
- en 2006 s'ajoutent neuf nouveaux actes, dont la réanimation du nouveau-né en l'attente du médecin et le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né ;
- en 2008, le code de déontologie ajoute les actes d'acupuncture obstétricale, sous réserve d'une formation adéquate ;
- la version de 2012 élargit le champ par la référence à « l'ensemble des actes (...) nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie », et ajoute la possibilité de réaliser des examens cliniques et techniques sur prescription d'un médecin.

Ainsi, l'évolution du code de déontologie des sages-femmes illustre la montée en compétences et en autonomie de la profession.

### **Actes cliniques et techniques pouvant être réalisés par les sages-femmes**

1° La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant :

- a) les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception ;
- b) les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et durant la période postnatale ;
- c) le fœtus ;
- d) Le nouveau-né ;

2° La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer :

- a) L'échographie gynéco-obstétricale ;
- b) L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- c) L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;

<sup>81</sup> Décret n° 2022-326 du 5 mars 2022 relatif à la participation des sages-femmes au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles. Ajout d'une section 8 dans le chapitre consacré aux conditions d'exercice des sages-femmes : art. D. 4151-26 à 30 CSP.

d) La délivrance artificielle et la révision utérine ; en cas de besoin, la sage-femme peut faire la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur, sans passer par un médecin gynécologue-obstétricien ;

e) La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;

f) Le dépistage des troubles neurosensoriels du nouveau-né ;

g) L'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs ;

h) La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement ;

i) Des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

II. La sage-femme est également autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'analgésie locorégionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur (sans passer par un médecin gynécologue-obstétricien). La première injection doit être réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. La sage-femme peut, sous réserve que ce médecin puisse intervenir immédiatement, pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur et procéder au retrait de ce dispositif.

III. Dans le cadre des dispositions de l'article L. 4151-3 [du code de la santé publique], la sage-femme est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée

Source : Article R 4127-318 du code de la santé publique.

## Vaccins pouvant être prescrits et administrés par les sages-femmes

Pour les femmes :

- rubéole, rougeole et oreillons ;
- tétanos ;
- diphtérie ;
- poliomyélite ;
- coqueluche ;
- hépatite B ;
- grippe ;
- papillomavirus humain ;
- méningocoque C ;
- varicelle.

Pour les nouveau-nés (jusqu'à 28 jours) :

- BCG ;
- hépatite B en association avec des immunoglobulines spécifiques anti-HBs chez le nouveau-né de mère porteuse de l'antigène anti-HBs.

Pour l'entourage :

- rubéole, rougeole et oreillons ;
- tétanos ;
- diphtérie ;
- poliomyélite ;
- coqueluche ;
- hépatite B ;
- grippe ;
- infections invasives à méningocoque C ;
- infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b.

Source : Arrêté du 8 août 2016 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer.

Les sages-femmes peuvent pratiquer des activités complémentaires, à condition de disposer de qualifications spécifiques :

- l'ostéopathie<sup>82</sup>, avec :
  - un diplôme délivré par une faculté de médecine et reconnu par l'ordre national des médecins ;
  - un diplôme délivré par un centre de formation agréé par l'État ;
  - une autorisation individuelle d'exercice délivrée par l'ARS ;
- l'acupuncture, sous réserve de détenir un diplôme universitaire d'acupuncture obstétricale validé par le conseil de l'ordre national des sages-femmes.

---

<sup>82</sup> Avec les mêmes restrictions que pour les ostéopathes non professionnels de santé : obligation d'une prescription médicale pour les manipulations du rachis cervical et, pour les enfants de moins de six mois, les manipulations du crâne, de la face et du rachis.

Si la pratique des échographies de surveillance et de dépistage ne nécessite pas, au titre des dispositions du code de la santé publique, de diplôme spécifique, l'ordre national des sages-femmes recommande l'obtention préalable d'une qualification universitaire en échographie<sup>83</sup>.

#### *1.1.4.2. Contrairement aux autres professions médicales, les sages-femmes ne bénéficient d'aucun champ de compétence exclusif*

Dans le respect de leurs champs de compétences respectifs, l'ensemble des actes pouvant être réalisés par des sages-femmes peuvent également l'être par des médecins ou des infirmiers, les sages-femmes n'ont pas de domaine de compétence exclusif.

Cette situation distingue les sages-femmes des autres professions médicales, qui bénéficient d'un monopole de compétence encadré : diagnostic et soin hors art dentaire pour les médecins, art dentaire pour les chirurgiens-dentistes, préparation et vente de médicaments pour les pharmaciens.

#### *1.1.4.3. Les sages-femmes, un exemple d'organisation autour de missions complétées par des actes précisément encadrés*

Les sages-femmes disposent, dans le cadre de leur qualification et d'un champ d'intervention *a priori* restreint (suivi et surveillance des situations non pathologiques et dépistage de pathologie des femmes enceintes ou dans le cadre du suivi gynécologique, des fœtus et des nouveau-nés), d'une capacité d'initiative et d'une autonomie importante. Dans ce système, contrairement à la logique habituelle du parcours de soins, le médecin n'intervient pas nécessairement en début de parcours, mais sur demande de la sage-femme ou en cas de limite de qualification de cette dernière.

Cette forte autonomie est limitée, pour les actes les plus techniques, par la liste des actes fixée à l'article R. 4127-318 CSP.

Ainsi, à propos de l'encadrement de l'activité des sages-femmes, la HAS notait déjà en 2007<sup>84</sup> qu'il montrait qu'un « système autre qu'organisé autour d'une liste d'actes limitativement énumérés est possible », avec une grande importance des règles déontologiques et de l'auto-limitation des professionnels. La HAS indiquait qu'« un tel système pourrait même receler une certaine pertinence en termes d'acceptabilité professionnelle, lorsque l'on sait que les professionnels sont très attachés à la régulation déontologique, perçue comme une « autorégulation », et souvent mieux acceptée que d'autres types de règles perçues comme une « réglementation » externe à la profession ».

---

<sup>83</sup> Au titre d'un arrêté de la ministre de la santé du 23 juin 2009, la réalisation des échographies de dépistage de la trisomie 21 est réservé aux sages-femmes ayant débuté cette activité avant 1997, ou titulaires d'une attestation d'échographie obstétricale ou d'un DU d'échographie en gynécologie-obstétrique (activité démarrée entre 1997 et 2011), ou d'un DIU d'échographie en gynécologie-obstétrique (activité démarrée à partir de 2011).

<sup>84</sup> *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques*, HAS, octobre 2007.

## 1.2. Pour les autres professionnels de santé, le modèle du décret d'actes reste majoritaire, bien que ceux-ci puissent également définir des champs d'autonomie importants

Les règles relatives à l'organisation des professions de santé définies à la quatrième partie du code de la santé publique, en plaçant en leur centre la profession médicale, conçoivent les autres professions comme des exceptions au monopole de l'exercice de la médecine.

Les compétences et le cadre d'intervention des auxiliaires médicaux sont donc définis de manière limitative, dans le cadre des limites apportés par l'arrêté du 6 janvier 1962<sup>85</sup>.

Cette organisation fonde le modèle des décrets d'actes qui régit les attributions des différents auxiliaires médicaux. Ce modèle apparaît volontairement rigide, afin de préserver les patients de dommages pouvant résulter d'actes dépassant la compétence de leur exécutant<sup>86</sup> et crée des frontières relativement claires entre les différentes professions. Fondée sur la qualification professionnelle (disposer du diplôme et des spécialisations correspondant à l'exercice d'une profession de santé donnée) et, le cas échéant sur l'inscription à un ordre notamment chargé de veiller au respect des obligations déontologiques et de développement professionnel continu, cette organisation des professions ne prend pas *a priori* en compte la compétence ou l'expérience effective des professionnels.

En 2007, la HAS indiquait, au sujet de l'évolution des coopérations entre professionnels de santé, que « *la référence aux actes dans la définition des différentes professions doit donc faire l'objet d'une approche nuancée. Il ne s'agit pas, en effet, de considérer que celle-ci manque totalement de pertinence, et doit être complètement écartée au profit d'un modèle de définition des professions construit exclusivement en référence à des missions professionnelles assorties de limites. En effet, d'une part, la définition des missions et des limites des professions peut être construite en référence à certains actes professionnels particuliers, et notamment en ce qui concerne les limites interventionnelles. Il peut être utile, d'autre part, de viser certains actes pour préciser les modalités de coopération entre professionnels, à l'image des rapports entre les médecins et les sages-femmes. L'attention doit être attirée, en revanche, dans une optique de réflexion relative aux « nouvelles formes de coopération entre professions de santé », sur l'obstacle que constitue, en ce qui concerne l'évolution du système, la référence exclusive aux actes pour définir le champ d'intervention légale des professions d'auxiliaires médicaux, ou encore le fait que l'ensemble de ces actes doit être effectué sous contrôle médical* »<sup>87</sup>.

---

<sup>85</sup> Arrêté qui a, cf. *supra*, été progressivement allégé, permettant d'ouvrir le champ des décrets d'actes.

<sup>86</sup> Cf. Joël Moret-Bailly, « L'organisation juridique des professions : logique et contraintes », in *Actualité et dossier en santé publique*, n° 70, mars 2010, pp. 24

<sup>87</sup> HAS, octobre 2007, op. cit.



### *1.2.1. L'activité des infirmiers est particulièrement encadrée par le code de la santé publique et le référentiel de compétences de la profession d'infirmier*

Les attributions générales confiées à l'infirmier diplômé d'Etat sont définies par la loi à l'article L. 4311-1 du CSP<sup>88</sup> qui a été récemment modifié (loi n° 2002-140 du 7 février 2002<sup>89</sup>). Elles s'expriment de la façon suivante :

*1/ « L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.*

*2/ L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations<sup>90</sup>, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Haute Autorité de santé.*

*3/ L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux » (...).*

*4/ « Dans un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné tel que prévu aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, et dans des conditions prévues par décret, l'infirmier ou l'infirmière est autorisé à adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée. La liste de ces pathologies et de ces traitements est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cette adaptation ne peut avoir lieu que sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par le patient.*

*5/ L'infirmier ou l'infirmière peut prescrire des substituts nicotiques, des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique à prescription médicale facultative (...) ».*

Ensuite, ces missions sont déclinées par trois textes principaux :

- le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, qui fixe les actes pouvant être réalisés par les infirmiers et leurs conditions de réalisation. Ce décret figure aux articles R. 4311-1 à R. 4311-15-1 du CSP ;
- le décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers, qui précise notamment le cadre de réalisation des actes infirmiers. Ce code de déontologie est intégré au CSP ;
- l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, qui indique dans son annexe II les compétences infirmières générales.

#### *1.2.1.1. La formation des infirmiers a pour objectif de leur permettre d'exercer dix compétences générales*

Au titre de l'arrêté du 31 juillet 2009, les dix compétences infirmières sont :

- évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
- concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
- accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
- mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
- initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
- communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
- analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;

---

<sup>88</sup> Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier « toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu ».

<sup>89</sup> Loi relative à la protection de l'enfant.

<sup>90</sup> L'arrêté du 26 janvier 2022 a élargi la vaccination anti-covid 19 aux étudiants infirmiers ayant validé leur première année de formation et uniquement en présence d'un médecin, d'un infirmier ou d'un pharmacien formé à l'administration des vaccins ou ayant une formation spécifique vaccination contre la Covid-19.

- rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
- organiser et coordonner des interventions soignantes ;
- informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Ces compétences sont similaires à celles définies pour les médecins généralistes, mais restreintes au « domaine infirmier », la capacité générale d'initiative des infirmiers n'étant prévue que pour les mesures éducatives et préventives. La compétence générale de diagnostic et de soins reste l'apanage des docteurs en médecine.

### *1.2.1.2. Le décret d'actes des infirmiers définit précisément les activités des infirmiers et leur champ d'autonomie*

#### *1.2.1.2.1. L'autonomie des infirmiers varie selon l'acte ou l'examen à réaliser, ceux-ci étant précisément définis*

Le champ de compétence des infirmiers est défini par le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 précité, codifié au code de la santé publique.

Le CSP définit quatre niveaux de compétence et d'autonomie pour les infirmiers diplômés d'État :

- les actes relevant du rôle propre de l'infirmier, pouvant être réalisés en autonomie (mais sur prescription initiale du médecin pour une prise en charge par l'Assurance maladie) ;
- les actes ne pouvant être réalisés que sur prescription écrite détaillée ou dans le cadre d'un protocole écrit établi par un médecin ;
- les actes pouvant être réalisés sur prescription écrite ou dans le cadre d'un protocole écrit établi par un médecin, à la condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment ;
- la participation à des actes réalisés par un médecin.

**Le rôle propre** rassemble tous les actes et activités pouvant être réalisés sans prescription médicale et hors du cadre d'un protocole de coopération, de délégation de tâches ou de l'exercice coordonné :

- soins visant à compenser la perte d'autonomie d'une personne ;
- établissement de diagnostics infirmiers et de protocoles de soins infirmiers, gestion du dossier de soins infirmiers du patient ;
- 42 actes définis à l'article R. 4311-5 CSP<sup>91</sup> relevant de l'identification des risques relatifs au confort et à la sécurité des patients (surveillance des patients, pansements non médicamenteux, soins d'escarres, pose et changement de masque respiratoire en situation chronique, hormis tout dispositif d'insufflation ou d'expiration, lavage oculaire vérification de l'observance, recueil de données biologiques notamment la glycémie, etc.) ;
- vaccination antigrippale pour certaines populations<sup>92</sup> ;
- renouvellement de prescription datant de moins d'un an de contraceptifs oraux, pour une durée maximale de six mois ;
- prescription de substituts nicotiques ;
- formation, dépistage, éducation à la santé.

<sup>91</sup> V. décret du 23 juillet 2021 qui a ajouté des actes

<sup>92</sup> V. sur ce point, les récentes recommandations en faveur d'un élargissement de la vaccination qui ont été élaborées par la HAS (élargissement des compétences en matière de vaccination des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes chez les enfants et adolescents de moins de 16 ans, 27 avril 2022 et 23 juin 2022).

Le rôle propre des infirmiers couvre ainsi un large champ d'actes et de compétences majoritairement liés au suivi de patients ayant déjà une prise en charge médicale par ailleurs (hors prévention et éducation à la santé), ou à l'évaluation et à la compensation de la perte d'autonomie dans la vie quotidienne.

Dans ce cadre, l'infirmier bénéficie d'une autonomie complète, encadrée par son code de déontologie, à l'image des limites posées par le code de déontologie médicale pour les médecins. Ainsi, l'article R. 4312-33 CSP dispose que « *dans le cadre de son rôle propre et dans les limites fixées par la loi, l'infirmier est libre du choix de ses actes professionnels et de ses prescriptions qu'il estime les plus appropriés* ». Cette liberté est notamment encadrée par l'article R 4312-12 CSP, qui précise que les actes infirmiers doivent être « *fondés sur les données de la science* » et ne pas dépasser « *ses connaissances, son expérience, ses compétences ou ses moyens* ».

**Sur prescription médicale ou en application d'un protocole** réalisé par un médecin, les documents devant être « *écrits, qualitatifs, quantitatifs, datés et signés* » :

- l'article R. 4311-7 CSP définit 43 actes pouvant être réalisés par un infirmier, portant notamment sur la pose de sondes, la dialyse, les prélèvements, les pansements médicamenteux, certaines injections et perfusions ;
- l'article R. 4311-8 CSP dispose que, dans le cadre de protocoles entre le médecin et l'infirmier, l'infirmier peut engager ou adapter des traitements antalgiques.

**Sur prescription médicale ou en application d'un protocole, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment**, l'article R. 4311-9 CSP définit dix actes pouvant être réalisés par un infirmier, notamment des injections et perfusions complexes, l'utilisation d'un défibrillateur manuel, les soins postopératoires ou l'application de garrots pneumatiques.

Enfin, les actes définis à l'article R. 4311-10 CSP ne peuvent être réalisés qu'en assistance d'un médecin.

Ainsi, le champ de compétence des infirmiers, défini par le degré d'autonomie vis-à-vis des médecins, est le plus précisément défini des professions de santé. On peut rapprocher cette situation de celle des sages-femmes, qui combinent un champ d'autonomie large sur le suivi non pathologique et d'autres actes précisément définis au vu de leur technicité, avec comme différence l'impératif d'une prescription préalable d'un médecin, même peu détaillée (démarche de soins infirmiers) pour accéder aux soins infirmiers remboursés (hors vaccination, renouvellement de contraceptifs et prescription de substituts nicotiniques).

Pour les infirmiers en ville, plus les activités s'éloignent des champs du *care*, de la prévention de la perte d'autonomie et du suivi de situations stabilisées, plus celles-ci sont précisément encadrées à la fois par le CSP et par l'obligation d'instructions écrites précises d'un médecin (qui doivent cependant être interprétées par l'infirmier à la lumière de ses propres connaissances, notamment pour identifier des instructions erronées<sup>93</sup>).

Cette précision, qui vise à garantir la qualité des soins et à sécuriser l'activité tant des médecins que des infirmiers, témoigne de la difficulté à définir des champs d'autonomie larges pour des actes pouvant s'approcher de la pratique médicale.

Ainsi, le code de la santé publique décrit à la fois une mission générale des infirmiers dans le cadre de leur rôle propre (article R. 4311-3 CSP) et la liste limitative des actes pouvant être réalisés dans ce cadre (R. 4311-5 CSP), bien que certains aient une portée générale (« soins et surveillance »). Tout acte non explicitement autorisé est donc exclu, avec ou sans supervision ou prescription médicale. Certains actes et examens sont réservés aux infirmiers ayant une qualification particulière

---

<sup>93</sup> Ainsi, l'article R. 4312-42 CSP dispose que, « si l'infirmier a un doute sur la prescription, il la vérifie auprès de son auteur ou, en cas d'impossibilité, auprès d'un autre membre de la profession concernée. En cas d'impossibilité de vérification et de risques manifestes et imminents pour la santé du patient, il adopte, en vertu de ses compétences propres, l'attitude qui permet de préserver au mieux la santé du patient, et ne fait prendre à ce dernier aucun risque injustifié ».

En outre, certains actes (relevant du rôle propre ou de la relation médecin-infirmier) sont réservés aux infirmiers justifiant d'une spécialisation :

- infirmiers de bloc opératoire ;
- infirmiers anesthésistes ;
- infirmiers puériculteurs.

#### 1.2.1.2.2. Les infirmiers en pratique avancées disposent d'un champ de compétence propre

Selon les dispositions de l'article R. 4301-2 CSP, les infirmiers en pratique avancée (IPA) interviennent, selon leur spécialisation, dans l'un des domaines suivants :

- pathologies chroniques stabilisées<sup>94</sup>, prévention et polyopathologies courantes en soins primaires ;
- oncologie et hémato-oncologie ;
- maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ;
- psychiatrie et santé mentale.

Une spécialisation « urgences » devrait également voir le jour.

Selon les dispositions de l'article R. 4301-1 CSP, « dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant (...) l'IPA apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux ».

Ainsi, les IPA ont vocation à prendre en charge des patients souffrant de pathologies chroniques confiés par un médecin, avec un champ d'autonomie élargi par rapport aux infirmiers non diplômés en pratique avancée.

Les IPA sont les seuls infirmiers habilités à réaliser certains actes, à demander la réalisation d'actes, à prescrire certains examens de biologie médicale et, dans le cadre d'un protocole établi avec un médecin, à renouveler ou adapter des prescriptions de produits de santé, d'actes infirmiers ou de certains médicaments<sup>95</sup>.

Comme pour les infirmiers diplômés d'État, la liste des actes pouvant être réalisés ou prescrits par les IPA est précisément définie en annexe de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée.

Contrairement aux autres infirmiers (hors contraceptifs oraux, certains dispositifs médicaux, substituts nicotiques et vaccins autorisés), les IPA sont habilités à réaliser des prescriptions hors du cadre d'une prescription médicale préalable. Ils peuvent notamment prescrire :

- des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste des médicaments de médication officinale établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;
- des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire :
  - aide à la déambulation, cannes, béquilles, déambulateur, embouts de canne ;
  - aide à la fonction respiratoire ;
  - fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe 1, à la location pour des durées inférieures à trois mois ;
  - prothèse capillaire ;

---

<sup>94</sup> Accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronaire, diabète de type 1 et diabète de type 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie.

<sup>95</sup> Sur protocole écrit obligatoire, médicaments anti-cancéreux. Sur protocole écrit facultatif, thymorégulateurs, psychostimulants, antipsychotiques atypiques, neuroleptiques conventionnels, antiépileptiques.

- prothèse mammaire externe ;
- des examens de biologie médicale selon l'arrêté du 18 juillet 2018.

**L'exercice en pratique avancée est aujourd'hui *de facto* réservé aux infirmiers, mais prévu pour treize auxiliaires médicaux différents**

Le premier article du code de la santé publique consacré aux auxiliaires médicaux, l'article L. 4301-1, établit le cadre de l'exercice en pratiques avancées, en ne limitant pas celui-ci aux infirmiers. En effet, treize types d'auxiliaires médicaux sont susceptibles d'exercer en pratique avancée :

- infirmiers ;
- masseurs-kinésithérapeutes ;
- pédicures-podologues ;
- ergothérapeutes ;
- psychomotriciens ;
- orthophoniste ;
- orthoptiste ;
- manipulateur en radiologie médicale ;
- technicien de laboratoire médical ;
- audioprothésiste ;
- opticien-lunetier ;
- orthésiste pour l'appareillage de personnes handicapées ;
- diététicien.

Les conditions légales d'exercice en pratique avancée sont identiques pour l'ensemble de ces professions, notamment les conditions d'exercice, la procédure de définition de la pratique avancée (décret en Conseil d'État après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés), et les conditions de formation spécifiques.

Les seuls décrets de définition de la pratique avancée parus concernent les infirmiers. Néanmoins, le code de la santé publique laisse dans sa rédaction actuelle une opportunité de différenciation au sein des treize auxiliaires médicaux précités. Dans un contexte global d'augmentation de la technicité et du niveau de qualification des professions de santé, cette possibilité pourrait offrir de nouvelles perspectives à certains auxiliaires médicaux travaillant au sein d'équipes de soins ou en assistance de médecins spécialistes.

### *1.2.1.3. L'évolution du décret d'actes infirmiers*

Les textes définissant les conditions d'exercice de la profession infirmière ont connu quatre itérations principales :

- La loi n° 46-330 du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers ;
- La loi n° 78-615 du 31 mai 1978 et le décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à la profession d'infirmier ;
- le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;
- le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

**La loi du 8 avril 1946** fait suite à la création en 1942 du diplôme d'État d'infirmier, et définit ainsi le rôle de l'infirmier : « est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par le médecin ». À l'époque, l'infirmier est donc uniquement considéré comme l'auxiliaire d'un médecin, sans rôle propre.

**La loi du 31 mai 1978** introduit la notion de rôle propre, en modifiant la définition de la fonction infirmière : « est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu ». Ce rôle propre est défini par le décret du 12 mai 1981 : « relèvent du rôle propre de l'infirmière les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes ».

Ainsi, le rôle propre est initialement limité aux fonctions « traditionnelles » de l'infirmier en matière de soins quotidiens, le décret définissant 20 actes relevant du rôle propre, notamment l'administration de médicaments prescrits, les soins courants d'hygiène, la prévention des escarres, les mesures de l'état clinique d'un malade.

Le décret de 1981 définit également 26 actes réalisés sur prescription et 8 actes réalisés en présence d'un médecin pouvant intervenir à tout moment.

Ce décret définit aussi le rôle des infirmiers en matière de formation, de prévention et d'éducation à la santé.

**Le décret du 11 février 2002** précise et élargit la définition de la fonction infirmière : « l'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ». Il définit 39 actes (hors santé mentale) comme relevant du rôle propre de l'infirmier, et 40 actes réalisés sur prescription médicale.

Le dernier décret d'acte en date, du 29 juillet 2004, est présenté *supra*.

En ajoutant à cet historique les textes définissant les compétences des infirmiers en pratique avancée, on constate que l'évolution des textes applicables à la profession d'infirmier reflète à la fois l'extension progressive de son champ de compétences et l'augmentation de la technicité des actes pouvant être réalisés, dans le cadre du rôle propre ou en tant qu'auxiliaire médical.

## 1.2.2. Les masseurs-kinésithérapeutes ont vu leurs compétences et leur autonomie progressivement élargies

### 1.2.2.1. La profession de masseur-kinésithérapeute est d'abord définie par des actes et des techniques réalisés sur prescription médicale

Selon les dispositions de l'arrêté du 6 janvier 1962, les massages à visée thérapeutique et les actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ne pouvaient être réalisés que par un médecin ou sur prescription médicale. Ainsi, les masseurs-kinésithérapeutes sont historiquement des auxiliaires médicaux entièrement dépendants du pouvoir de prescription des médecins.

Le premier décret d'actes de masseur kinésithérapeute (MK) a été publié le 26 août 1985 (décret n° 85-918). S'il définit précisément les actes relevant de la compétence des MK, ceux-ci restent soumis à une prescription médicale préalable, sauf en cas d'urgence dans l'attente de l'intervention d'un médecin.

Plusieurs évolutions réglementaires successives ont ensuite accru l'autonomie des MK vis-à-vis des médecins prescripteurs.

Le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute élargit le champ de compétences et l'autonomie des MK :

- en définissant des actes techniques devant être réalisés en présence d'un médecin (élongation vertébrale par traction, rééducation cardio-vasculaire, rééducation respiratoire) ;
- surtout, en permettant au MK, sur la base d'une prescription médicale, de déterminer, à partir d'un diagnostic kinésithérapique, les actes et techniques lui paraissant les plus adaptés.

Ce décret consacre donc un champ d'autonomie important pour le MK, en faisant l'acteur principal de la rééducation plutôt que l'exécutant d'une prescription médicale précise. À ce titre, un arrêté du 22 février 2000 a modifié l'arrêté du 6 janvier 1962, en supprimant les mentions « qualitative et quantitative » des prescriptions de massage et kinésithérapie (un médecin étant cependant toujours habilité à prescrire des actes précis).

Le décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 est le dernier décret d'actes en vigueur pour les MK. Il modifie le décret du 8 octobre 1996, en créant le bilan kinésithérapique<sup>96</sup> et en élargissant la liste des actes pouvant être réalisés à l'initiative du MK, sur la base d'une prescription médicale générale.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, complétée par un arrêté du 9 janvier 2006, complètent cette évolution. Elle autorise les MK à prescrire, sauf indication contraire du médecin, des dispositifs médicaux (DM) « nécessaires à l'exercice de leur profession ». Ils peuvent également, depuis 2016, prescrire des substituts nicotiques et certains produits de santé<sup>97</sup>, concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

---

<sup>96</sup> Article 1<sup>er</sup> du décret du 27 juin 2000 : *Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur.*

<sup>97</sup> V. art. L. 4321-1 CSP : « il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les produits de santé, dont les substituts nicotiques, nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces produits de santé est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Académie nationale de médecine. »

Réclamé depuis plusieurs années par la profession, l'accès direct au MK a été autorisé par arrêté ministériel en mars 2020 pour deux pathologies, l'entorse et le lumbago<sup>98</sup>. Cet accès est strictement encadré par des protocoles de coopération spécifiques, au niveau national, dans le cadre de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 (L. 4011-3), suite aux avis favorables de la HAS en date du 29 janvier 2020.

A noter, ces protocoles concernent uniquement des MK volontaires au sein de structures pluriprofessionnelles comportant au moins un médecin généraliste délégué. Chaque membre doit se déclarer à l'ARS.

Si la validation au niveau national de ces protocoles autorise désormais l'accès direct au MK sans prescription médicale, la prescription de médicaments (et non plus seulement de DM), et la délivrance d'arrêts maladie<sup>99</sup>, ces protocoles sont administrativement lourds et extrêmement détaillés, laissant peu d'autonomie aux MK.

La loi de financement de la sécurité sociale 2022 prévoit quant à elle l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans une structure de soins coordonnés.

### *1.2.2.2. La loi de modernisation du système de santé définit, en complément du décret d'actes, les missions des masseurs-kinésithérapeutes*

Enfin, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé dispose dans son article 123 que « *le masseur-kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité conformément au code de déontologie* » et définit le champ des missions des MK plutôt que des actes précis<sup>100</sup>.

Cette loi autorise également les MK à renouveler des prescriptions médicales datant de moins d'un an, sauf indication contraire du médecin, et définit le délit d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute. Depuis la loi du 26 avril 2021<sup>101</sup>, « *le masseur-kinésithérapeute peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales initiales d'activité physique adaptée, dans des conditions définies par décret* ».

On constate ainsi que les textes encadrant l'activité de masso-kinésithérapie ont accompagné la professionnalisation (passage progressif de deux ans à cinq ans d'études, création d'un référentiel de compétences en 2015) et la structuration de la profession (création de l'ordre des MK entre 2004 et 2006, codification du code de déontologie des MK en 2008, création du collège de la masso-kinésithérapie en 2014 reconnu Conseil National Professionnel en 2019, réforme de la formation initiale en 2015, intégration universitaire et création d'un Conseil National des Universités en 2017, reconnaissance du grade Master en 2021), tendant à constituer les MK en profession médicale à part entière (bien qu'ils soient, au même titre que les infirmiers, définis comme auxiliaires médicaux dans le code de la santé publique).

Aujourd'hui, si la définition de la profession de MK est, comme pour les infirmiers, est tributaire du décret d'actes, ce décret définit également des rôles plus généraux, susceptibles de fonder une organisation par mission.

---

<sup>98</sup> L'accès direct prévu en cas d'urgence par la loi de 2016 ne trouve pas encore aujourd'hui d'application. V. art. L. 4321-1 CSP selon lequel : « *en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention* ».

<sup>99</sup> Arrêt de travail de moins de 5 jours pour prise en charge de douleur lombaire et torsion de la cheville.

<sup>100</sup> *La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles. Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.*

<sup>101</sup> Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.



*1.2.3. Si le code de la santé publique ne reconnaît ni les infirmiers ni les masseurs-kinésithérapeutes comme « professions médicales », la codification de leur code de déontologie les rapproche de ces professions*

Dans le CSP, les dispositions relatives aux infirmiers et aux MK sont situées dans les parties relatives aux « auxiliaires médicaux » et non dans celles consacrées aux « professions de santé » (médecins, pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes).

Cependant, à la différence des autres auxiliaires médicaux<sup>102</sup>, hormis les pédicures-podologues<sup>103</sup>, infirmiers et MK disposent d'un code de déontologie et d'instances ordinales définis au code de la santé publique depuis 2016 et 2008 respectivement.

L'intégration d'un code de déontologie similaire à celui qui prévaut pour les professions médicales apparaît susceptible de faciliter, en ce qu'il encadre la régulation interne de la profession, les obligations de développement professionnel continu et l'interdiction d'outrepasser ses compétences, la définition de missions larges plutôt que de listes précises d'actes pouvant être réalisés de manière autonome.

---

<sup>102</sup> Aides-soignants, manipulateurs en radiologie, prothésistes, opticiens-lunetiers, orthophonistes, orthoptistes, audioprothésistes, orthésistes, diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens.

<sup>103</sup> Le code de déontologie des pédicures-podologues est cependant beaucoup plus limité que celui des infirmiers, avec respectivement 40 et 81 articles.

#### 1.2.4. Les aides-soignants ne disposent pas d'un champ de compétence propre dans la réglementation

La profession d'aide-soignant est définie aux articles L. 4391-1 à L 4391-6 CSP. Aucune de ces dispositions ne définit le champ de compétences ou les missions des aides-soignants ; elles précisent les conditions de qualification nécessaires pour exercer la profession.

L'activité des aides-soignants est en fait définie dans le cadre du rôle propre des infirmiers : l'article R. 4311-4 (modifié par le décret du 23 juillet 2021, cf. ci-dessous) dispose que « lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers ».

Les aides-soignants sont donc *a priori* entièrement dépendants de l'encadrement d'infirmiers pour la définition de leurs missions, et sont les seuls auxiliaires de santé examinés dans cette annexe sans mission, actes ou rôle propre défini.

Le référentiel d'activités du diplôme d'aide-soignant adopté en 2005 définit huit activités, réalisées sous la responsabilité d'un infirmier :

- dispenser des soins d'hygiène et de confort ;
- observer la personne et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé ;
- aider l'infirmier à la réalisation de soins ;
- assurer l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits ;
- entretenir les matériels de soin ;
- transmettre ses observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins ;
- accueillir, informer et accompagner les personnes et leur entourage ;
- accueillir et accompagner des stagiaires en formation.

Le 13 février 2020, une réingénierie de la formation d'aide-soignant a été annoncée, dans le cadre du plan Ma santé 2022<sup>104</sup>.

**Le décret du 23 juillet 2021** introduit la notion de soins courants de la vie quotidienne<sup>105</sup> que pourront réaliser les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture dans la limite de leurs compétences. L'aide-soignant, peut désormais certains actes relevant du rôle propre de l'infirmier et correspondant soit :

1/ aux soins courants dits de la vie quotidienne, en dehors de la présence d'infirmier(s) et dans la limite de leurs compétences dans le cadre d'une collaboration assouplie : l'infirmier peut confier leur réalisation à l'aide-soignant ou à l'auxiliaire de puériculture, le cas échéant en dehors de sa présence.

2/ aux soins aigus qui continueront à être réalisés par les aides-soignants de manière stricte en collaboration avec l'infirmier.

Un arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant a été adopté. Trois activités sont désormais définies, adossées à un nouveau référentiel de 11 compétences et d'une certification (44 semaines de formation, niveau 4) :

---

<sup>104</sup> En tant que professionnel de santé, l'aide-soignant est habilité à dispenser des soins de la vie quotidienne ou des soins aigus pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et dans le cadre d'une responsabilité partagée.

<sup>105</sup> Exemples d'actes de soins courants : le lavage oculaire et l'instillation de collyre.

- Accompagner la personne dans les activités de sa vie quotidienne et sociale dans le respect de son projet de vie
- Collaborer au projet de soins personnalisé dans son champ de compétences
- Contribuer à la prévention des risques et au raisonnement clinique interprofessionnel.

De nouveaux actes sont désormais permis :

- Réalisation d'aspiration endo-trachéale sur orifice trachéal cicatrisé et non inflammatoire (délai de 3 semaines)
- Pose de bas de contention pour les AP
- Pose de suppositoires pour l'aide à l'élimination
- Application de crème et de pommade
- Lecture instantanée de données biologiques urinaires
- Changement de lunette à oxygène avec tubulure
- Participation à l'animation d'un groupe à visée thérapeutique
- Entretien journalier et vérification du fonctionnement d'un appareil de phytothérapie sans en assurer la maintenance
- Immobilisations
- Lavage oculaire et instillation de collyre
- Recueil de la saturation en oxygène
- Mesure du périmètre crânien uniquement pour les AP
- Calcul de l'IMC à l'aide d'un outil paramétré
- Lecture instantanée de la bilirubine par voie transcutanée uniquement pour les AP
- Pose et changement de masque pour l'aide à la respiration en situation stable chronique (apnée du sommeil) hormis les dispositifs d'in-exsufflation
- Renouvellement de poche et de support de colostomie si cicatrisée
- Recueil de glycémie par captation capillaire ou par lecture instantanée transdermique
- Recueil aseptique des urines hors sonde urinaire

Selon plusieurs représentants des professions d'aide-soignant et d'infirmier, l'absence de définition précise du rôle des aides-soignants, associée à l'élargissement du rôle des infirmiers et aux conditions réelles de travail en établissement de santé ou médico-social entraînent des glissements de tâches entre professionnels.

En outre, en l'absence de rôle propre et de compétences définis, les aides-soignants ne peuvent exercer en libéral, l'encadrement par un infirmier étant à ce jour obligatoire. Il n'existe de fait pas non plus de nomenclature d'actes d'aides-soignants remboursés par l'assurance maladie, ni de convention entre l'assurance maladie et les représentants des aides-soignants.

### 1.3. Ce constat est conforté par les règles et la jurisprudence relatives à la responsabilité des professionnels de santé

L'article L. 1142-2 CSP dispose notamment que les professionnels de santé libéraux et « toute personne morale, autre que l'État, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins » sont tenus de souscrire une assurance couvrant leur responsabilité civile en raison de dommages subis par des tiers dans le cadre de leur activité. Cette obligation s'impose *de facto* à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux, à l'exception des aides-soignants.

*1.3.1. La délégation de tâches d'un médecin à un autre professionnel n'équivaut pas systématiquement à une délégation de responsabilité, au contraire des transferts de compétences et de l'exercice dans le cadre du rôle propre de chaque professionnel*

*1.3.1.1. Les délégations de tâches relèvent en principe de la responsabilité du médecin délégant, hormis pour les actes relevant du rôle propre des professionnels de santé*

Du fait de « l'omnivalence » du diplôme de docteur en médecine et de la forte autonomie professionnelle dont celui-ci dispose, un médecin doit répondre des fautes commises par les professionnels qui l'assistent à l'occasion d'un acte médical, à la condition d'une supervision directe par le médecin (présence ou capacité d'intervention à tout moment).

Dans le cas général de la délégation de tâches, la responsabilité des actes repose sur le professionnel qui délègue. Il convient cependant de distinguer le cas particulier des auxiliaires médicaux aux compétences propres, qui sont responsables des actes réalisés dans le cadre de leur rôle propre.

Par exemple, la Cour de cassation a reconnu la responsabilité d'une clinique employant une infirmière pour une imprudence relevant de son rôle propre, malgré une imprudence initiale d'un médecin anesthésiste réanimateur ayant transféré trop tôt un patient à l'infirmière (C. Cass., 10 décembre 2014, n° 13-21.607). Elle a également reconnu la responsabilité d'une sage-femme (en fait, de la clinique l'employant) pour une faute commise lors d'une surveillance d'accouchement, même en présence d'un médecin obstétricien (C. Cass., 17 février 2011, n° 10-10.449). En l'espèce, la Cour a retenu que la faute avait été commise par la sage-femme dans le cadre de ses compétences propres de surveillance électronique de l'état du fœtus.

Dans le cas d'une délégation de tâches ne relevant pas du rôle propre du professionnel, la responsabilité du médecin reste entière. Par exemple, l'article R. 4623-14 du code du travail dispose que, s'agissant de l'activité de la médecine du travail :

« le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, (décret. n° 2014-798 du 11 juillet. 2014, article 4) « aux collaborateurs médecins, aux internes, aux candidats à l'autorisation d'exercice », aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou, lorsqu'elle est mise en place, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. Pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du code de la santé publique, ces activités sont exercées dans la limite des compétences respectives des professionnels de santé déterminées par les dispositions de ce code ».

### *1.3.1.2. Les protocoles de coopération locaux et nationaux issus des lois de 2009 et 2019 organisent des transferts de compétence et de responsabilité*

Cette situation doit être distinguée de celle des protocoles de l'article 51 de la loi n° 009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, et rénovés par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Dans le cadre des protocoles de coopération, les transferts de compétences s'accompagnent d'un transfert de la responsabilité quant à la réalisation des actes transférés. Cette situation explique à la fois le fort encadrement des protocoles (notamment sur les formations complémentaires qui peuvent être exigées), leurs modalités de suspension, leur caractère volontaire et l'obligation d'information et d'accord du patient.

Ce transfert de responsabilité se concrétise par l'obligation, pour l'ensemble des professionnels et des structures d'exercice adhérant à un protocole de coopération, de fournir une attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle couvrant les activités décrites dans le protocole considéré et qui ont vocation à être effectuées par le professionnel de santé exerçant à titre libéral ou qui relève d'une situation qui ne peut être qualifiée d'exercice libéral ou salarié.

Le professionnel de santé exerçant à titre salarié doit transmettre un document fourni par son employeur attestant de la souscription d'un contrat d'assurance, sans préjudice de l'attestation d'assurance qu'il est susceptible d'avoir souscrit pour garantir sa responsabilité personnelle.

### *1.3.2. Responsabilité pénale et exercice illégal de la médecine*

Comme vu supra, la construction des différents champs de compétences des professionnels et des actes qu'ils peuvent réaliser est d'abord fondée sur la prévention du délit d'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pharmacie.

Ainsi, selon les dispositions des articles L. 4161-1 CSP, L. 4221-1 et L. 4111-1 CSP, les titulaires des diplômes, certificats ou titres de médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste remplissant leur obligation d'inscription à leur ordre respectif ne peuvent se rendre coupables respectivement des infractions d'exercice illégal de la médecine, de la pharmacie ou de l'art dentaire. Le respect des conditions d'exercice de leur art les exonère donc *a priori* de leur responsabilité pénale.

Celle-ci peut cependant être engagée en cas de complicité d'exercice illégal, par exemple en déléguant des actes médicaux à des collaborateurs non qualifiés. Ainsi, est coupable de complicité d'exercice illégal de la médecine un médecin ayant, sur le fondement d'instructions générales, laissé une infirmière et une aide-soignante sous son emploi établir des diagnostics et traiter des patients de manière autonome (C. Cass., Crim, 13 mai 2003, 02-84.037).

## Synthèse des missions des professionnels de santé

Métiers et rôles	Décret d'actes / monopole légal	Accès direct ?	Missions	Conditions (hors professionnels étrangers)	Références réglementaires principales
Médecin généraliste de premier recours	Monopole légal du diagnostic et de la prescription	Oui	<p>Missions larges de diagnostic, soins et veille sanitaire, dont :</p> <p>1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé</p> <p>2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social</p> <p>3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients</p> <p>4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques (en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient)</p> <p>5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé</p> <p>6° Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur</p> <p>7° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage</p> <p>8° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions définies par l'ARS</p> <p>9° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales</p>	<p>Diplôme de docteur en médecine</p> <p>Inscription à l'ordre des médecins / déclaration de prestation de service</p> <p>Soumis au code de déontologie des médecins</p>	<p>Art. L. 4130-1 CSP</p> <p>Arrêté du 6 janvier 1962</p>

Métiers et rôles	Décret d'actes / monopole légal	Accès direct ?	Missions	Conditions (hors professionnels étrangers)	Références réglementaires principales
Médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours	Monopole légal du diagnostic et de la prescription (avec exceptions limitées <sup>106</sup> )	Oui ou parcours de soins coordonné	<p>1° Compléter la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, selon des modalités propres aux compétences de chaque discipline</p> <p>2° Contribuer à la prévention et à l'éducation pour la santé</p> <p>3° Participer à la mission de service public de permanence des soins</p> <p>4° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales</p>	<p>Diplôme de docteur en médecine</p> <p>Inscription à l'ordre des médecins / déclaration de prestation de service.</p> <p>44 spécialités reconnues en France.</p> <p>Soumis au code de déontologie des médecins</p> <p>Peut intervenir en tant que médecin correspondant, en lien avec le médecin généraliste, pour le suivi conjoint du patient et l'élaboration du projet de soins.</p>	<p>Art. L. 4130-2 CSP</p> <p>Arrêté du 6 janvier 1962</p>

<sup>106</sup> Les infirmiers et masseurs kinésithérapeutes ont la possibilité de prescrire certains dispositifs médicaux (pour l'infirmier, dans le cadre d'une prescription médicale d'actes infirmiers) et des substituts nicotiniques. Les infirmiers peuvent en outre renouveler sous conditions des prescriptions de contraceptifs oraux, et prescrire un vaccin contre la covid-19. Les pédicures-podologues ont un droit de prescription de certains topiques à usage externe (antiseptiques et antifongique par exemple).

Les sages-femmes ont un droit de prescription, dans leur champ de compétence, d'examens, de dispositifs médicaux, de médicaments et vaccins (sur liste limitative) et d'arrêts de travail.

Les pharmaciens peuvent, dans le cadre de l'exercice coordonné (MSP, CPTS, maison de santé, équipe de soins), délivrer certains médicaments sans prescription préalable (décret n° 2021-23 du 12 janvier 2021).

Métiers et rôles	Décret d'actes / monopole légal	Accès direct ?	Missions	Conditions (hors professionnels étrangers)	Références réglementaires principales
Chirurgien-dentiste	Monopole légal dans son champ de compétence	Oui	1° Prévention dans le cadre des programmes nationaux 2° Diagnostic et traitement des maladies (...) de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants 3° Participer à la mission de de service public de permanence des soins Droit de prescription : « Les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire » (art. L. 4141-2 CSP	Diplôme de docteur en chirurgie dentaire  Inscription à l'ordre des chirurgiens-dentistes / déclaration de prestation de service.  Soumis au code de déontologie des chirurgiens-dentistes	Art. L. 4141-1 CSP



Métiers et rôles	Décret d'actes / monopole légal	Accès direct ?	Missions	Conditions (hors professionnels étrangers)	Références réglementaires principales
Pharmacien	Monopole légal dans son champ de compétences (avec exceptions limitées)	Oui	<p>Les missions 1 et 2 sont obligatoires, les autres facultatives.</p> <p>1° Monopole <i>a priori</i> des pharmaciens sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la préparation des médicaments en médecine humaine</li> <li>- préparation des pansements / pharmacopée</li> <li>- vente de médicaments, plantes médicinales, huiles essentielles sur une liste fixée par décret, nourriture 1er âge, dispositif de diagnostic <i>in vitro</i>.</li> </ul> <p>2° Participation à la mission de permanence des soins</p> <p>3° Participation à la coopération entre professionnels de santé et rôle de professionnel référent d'un patient</p> <p>4° Actions et prestations visant au maintien ou à l'amélioration de la santé</p> <p>5° Éducation thérapeutique</p> <p>6° Prescription et administration de vaccins (sur liste limitative)</p> <p>7° Expérimentations de délivrance médicaments sans ordonnance (protocole d'exercice coordonnée et liste fixée par arrêté + Cannabis à usage médical</p>	<p>Diplôme de docteur en pharmacie</p> <p>Inscription des pharmaciens / déclaration de prestation de service</p> <p>Soumis au code de déontologie des pharmaciens</p>	Art. L. 4211-1 CSP
Étudiant de 2 <sup>ème</sup> cycle et 3 <sup>ème</sup> cycle court de pharmacie	Sous la supervision d'un pharmacien habilité à vacciner	oui	Vaccination grippe	Avoir suivi une formation (soit formation vaccination dans le cursus soit formation spécifique anti-covid 19)	Arrêté du 29 novembre 2021

Métiers et rôles	Décret d'actes / monopole légal	Accès direct ?	Missions	Conditions (hors professionnels étrangers)	Références réglementaires principales
Sage-femme	Situation particulière : champ de compétences restreint mais large autonomie, décret d'actes non limitatif. Pas de monopole (spécificité de ce métier/profession)	Oui	<p>1° Actes de diagnostic, surveillance de grossesse, préparation (psychoprophylactique) à l'accouchement, surveillance et réalisation de soins postnataux, à condition de renvoyer les situations pathologiques au médecin</p> <p>2° Consultations de contraception et suivi gynécologique de prévention, IVG médicamenteuse à condition de renvoyer les situations pathologiques au médecin<sup>107</sup></p> <p>3° Participation aux activités de PMA</p> <p>4° Prescription et réalisation de vaccinations (liste fixée par arrêté) de la femme et du nouveau-né, et de leur entourage</p> <p>5° Réalisation d'actes prescrits par un médecin</p> <p>6° Prescription de dispositifs médicaux (liste fixée par arrêté) et d'actes strictement nécessaires à leur pratique, et de médicaments sur une liste limitative<sup>108</sup></p> <p>7° Prescription d'actes de dépistage d'infections sexuellement transmissibles ainsi que des traitements de ces infections figurant sur une liste arrêtée par voie réglementaire<sup>109</sup>.</p>	<p>Diplôme d'État de sage-femme</p> <p>Inscription à l'ordre des sages-femmes / déclaration de prestation de service.</p> <p>Soumis au code de déontologie des sages-femmes.</p>	Art. L. 4151-1 CSP

<sup>107</sup> En outre, une expérimentation a été lancée, sous l'égide du comité national des coopérations interprofessionnelles, pour la mettre en place des consultations en santé sexuelles par des infirmiers et des sages-femmes, en accès direct dans les CEGIDD, les centres d'éducation et de planification familiale et les centres de santé sexuelle.

<sup>108</sup> La liste de médicaments et des dispositifs médicaux que peuvent prescrire les sages-femmes a été modifiée et actualisée par un décret publié au Journal Officiel du 6 mars 2022. Cette liste donne aux sages-femmes la possibilité de traiter les cystites hors grossesse, certaines IST chez les femmes et leurs partenaires, les vaginoses et les primo-infections herpétique mais aussi de prescrire les topiques vaginaux œstrogène et progestatifs. Il y a également une avancée pour la prise en charge de la douleur notamment dans le contexte des dysménorrhées primaires ou de pose d'implant.

<sup>109</sup> Décret n° 2022-326 du 5 mars 2022 relatif à la participation des sages-femmes au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles et Art. D.4151-28 s'agissant des compétences de la sage-femme en matière de traitement en première intention.

Métiers et rôles	Décret d'actes / monopole légal	Accès direct ?	Missions	Conditions (hors professionnels étrangers)	Références réglementaires principales
Infirmier	Décret d'actes	Non hors soins non remboursés par l'Assurance-maladie (mais large autonomie possible des démarches de soins infirmiers sur prescription médicale)	<p>1° réalisation d'actes et de soins infirmiers sur prescription ou en application de son rôle propre<sup>110</sup></p> <p>2° participation à des actions en matière de prévention et d'éducation à la santé</p> <p>3° vaccinations sur prescription sur une liste fixée par décret et vaccination sans prescription médicale (liste fixée par décret)</p> <p>4° renouvellement de contraceptifs oraux pour les prescriptions datant de moins d'un an (sauf exception)</p> <p>4° dans le cadre de protocole, adaptation de la posologie de certains traitements pour une liste de pathologies fixées par arrêté. 5 prescription de dispositifs médicaux sur une liste fixée par arrêté, de substituts nicotiques, des solutions, produits antiseptiques et sérum physiologique à prescription médicale facultative.</p> <p>6° prescription et administration de vaccins anti-covid 19 aux enfants de 5 à 11 ans (sauf si risque particulier, compétence du médecin est maintenue)<sup>111</sup></p> <p>7° formation</p>	<p>Diplôme d'État d'infirmier, spécialisation le cas échéant</p> <p>Inscription à l'ordre des infirmiers / déclaration de prestation de service</p> <p>Soumis au code de déontologie des infirmiers</p>	<p>Art. L. 4311-1 CSP<sup>112</sup></p> <p>Décret d'actes du 29 juillet 2004</p>

<sup>110</sup> Cf. ci-dessus note 24 sur les sages-femmes : l'expérimentation des consultations en santé sexuelle concerne également les infirmiers.

<sup>111</sup> Arrêté du 26 janvier 2022. La vaccination anti-covid 19 a été élargie aux étudiants infirmiers ayant validé leur première année de formation (si formation théorique) et uniquement en présence d'un médecin, d'un infirmier ou d'un pharmacien formé à l'administration des vaccins ou ayant une formation spécifique vaccination contre la covid-19.

<sup>112</sup> Modifié par loi n° 2022-140 du 7 février 2022.

Métiers et rôles	Décret d'actes / monopole légal	Accès direct ?	Missions	Conditions (hors professionnels étrangers)	Références réglementaires principales
Infirmier en pratique avancée		<p>Au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou d'une équipe de soins d'un centre médical du service de santé des armées coordonnée par un médecin des armées</p> <p>2° Au sein d'une équipe de soins en établissements de santé, en établissements médico-sociaux ou en hôpitaux des armées coordonnée par un médecin</p> <p>3° En assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire</p> <p>4° En assistance d'un médecin du travail, au sein d'un service de prévention et de santé au travail.</p>	<p>Domaines d'intervention :</p> <p>a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage</p> <p>b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique</p> <p>c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales</p>		Pratique avancée : art. L. 4301-1 CSP

Métiers et rôles	Décret d'actes / monopole légal	Accès direct ?	Missions	Conditions (hors professionnels étrangers)	Références réglementaires principales
Masseurs-kinés	Décret d'actes Possibilité d'adapter, à son renouvellement, une prescription de moins d'un an.	Non sauf exceptions limitées dans le cadre de protocoles et en exercice en structure pluri-professionnelle <sup>113</sup> . Accès direct envisagé par loi 2016 en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin	<p>1° prévention et promotion de la santé  2° diagnostic kinésithérapique  3° traitement des troubles du mouvement et de la motricité, des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles  4° prescription de dispositifs médicaux et de produits de santé (liste fixée par arrêté) ainsi que de substituts nicotiques, antalgiques et imagerie (selon protocole pour MK volontaires),  5 ° renouvellement et adaptation de prescriptions médicales initiales d'activité physique adaptée  6° possibilité de prescrire un arrêt de travail de moins de 5 jours pour prise en charge de douleur lombaire et torsion de la cheville (si protocoles de coopération)</p> <p><i>ps</i> : en milieu sportif, habilitation à participer à l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives et au suivi de l'entraînement et des compétitions.  <i>ps</i> : participation à la réalisation de bilans ergonomiques et à la recherche ergonomique.</p>	<p>Diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute</p> <p>Inscription à l'ordre des masseurs kinésithérapeutes</p> <p>Soumis au code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes</p>	<p>Art. 4321-1 CSP</p> <p>Décret d'acte du 27 juin 2000  L. 4321-1 CSP  En milieu sportif :  R. 4321-11 CSP  En ergonomie : R. 4321-12 CSP</p>

<sup>113</sup> Deux arrêtés ministériels du 6 mars 2020 permettent un accès direct au masseur-kinésithérapeute pour la prise en charge de la lombalgie aiguë et du traumatisme en torsion de la cheville, dans le cadre d'un exercice en structure pluri-professionnelle.

Aides-soignants	Pas d'autonomie, subordination à infirmier	Non	<p>Pas de mission définie par la loi Projet (non adopté à mi-2020) de déléguer 27 actes infirmiers à des aides-soignants Les missions et les activités de l'aide-soignant auxquelles sont associés des soins, sont définies un référentiel d'activités (arrêté du 10 juin 2021)<sup>114</sup>. « En tant que professionnel de santé, l'aide-soignant est habilité à dispenser des soins de la vie quotidienne ou des soins aigus pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et dans le cadre d'une responsabilité partagée. Trois missions reflétant la spécificité du métier sont ainsi définies :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accompagner la personne dans les activités de sa vie quotidienne et sociale dans le respect de son projet de vie ;</li> <li>2. Collaborer au projet de soins personnalisé dans son champ de compétences ;</li> <li>3. Contribuer à la prévention des risques et au raisonnement clinique interprofessionnel ».</li> </ol> <p>Possibilité de réaliser des actes sous supervision d'un infirmier ou via un protocole de soins infirmiers (à l'initiative des infirmiers) 1/Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, <b>les assurer avec la collaboration d'aides-soignants</b>, d'auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux <b>qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation</b>. Cette collaboration peut</p>	Diplôme d'État d'aide-soignant	<p>Art. L. 4391-1 CSP</p> <p>Art. R. 4311-4 CSP (décret 23 juillet 2021)</p>
-----------------	--------------------------------------------	-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

Métiers et rôles	Décret d'actes / monopole légal	Accès direct ?	Missions	Conditions (hors professionnels étrangers)	Références réglementaires principales
			<p>s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.</p> <p>2/ L'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de 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.</p>		

*Source : Code de la santé publique.*

## 2. Le renforcement récent des dispositifs et outils visant à favoriser la coopération et la coordination entre professionnels

Depuis plus d'une dizaine d'années, plusieurs dispositifs et outils ont été créés ou réaménagés. Ils poursuivent plusieurs objectifs, souvent de façon cumulative : améliorer la coordination des actions des professionnels à l'égard d'une patientèle et/ou dans une logique de structuration de parcours de santé et/ou dans une logique de coordination territoriale des ressources.

L'ensemble donne à voir un paysage complexe mettant à disposition des professionnels de santé plusieurs cadres de collaboration et de coopération dans lesquels ils peuvent faire le choix de s'inscrire ou non. La complexité se trouve accentuée par l'existence d'articulations entre certains outils et dispositifs. Mais tous ces cadres posent la question de leur financement et, surtout, des modalités de rémunération des professionnels impliqués.

À des fins de lisibilité, le choix est fait de présenter en premier lieu les dispositifs qui emportent création d'une structure au sens organique du terme (2.1). Seront ensuite évoquées les autres modalités organisationnelles de coordination et collaboration, qu'il s'agisse des équipes de soins (2.2) ou des protocoles de coopération (2.3). Il est à noter qu'il n'y a pas d'étanchéité entre les modalités organiques et celles qui ne le sont pas. En effet, des modalités non organiques de coopération peuvent s'inscrire et se déployer dans le cadre de structures d'exercice coordonné.

### 2.1 La pluralité de structures d'exercice coordonné à disposition des professionnels

Il existe trois structures d'exercice coordonné : les centres de santé (ci-après CDS), les maisons de santé pluriprofessionnelles (ci-après MSP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Si chacune de ces structures est régie par des dispositions qui lui sont spécifiques au sein du Code de la santé publique, leur déploiement peut également s'inscrire dans le cadre conventionnel des relations avec l'Assurance maladie et donner lieu à des soutiens financiers et des modalités de rémunération éventuellement aménagées, l'objectif général étant de favoriser l'exercice coordonné.

#### 2.1.1. Les structures de santé professionnelles ou pluriprofessionnelles (CDS et MSP)

Les CDS et les MSP sont des structures d'exercice coordonné en soins primaires qui relèvent du même titre au sein du Code de la santé publique (« Autres services de santé »).

##### 2.1.1.1 Les centres de santé

Les CDS sont régis par les articles L. 6223-1 à L. 6323-1-15 CSP. Ce cadre juridique a été révisé très significativement par l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres. Ce texte a « pour objet de simplifier et de clarifier la création et le fonctionnement des centres de santé pour renforcer l'accès aux soins de premier recours, promu par le plan de renforcement territorial de l'accès aux soins, tout en garantissant la protection des patients » (Communiqué de presse du Conseil des ministres du 12 janv. 2018).



*Missions et activités.* « Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux » (CSP, L. 6323-1)<sup>115</sup>.

*Condition spécifique concernant la réalisation de l'activité.* Les soins de premier recours dispensés au sein des CDS doivent être le plus accessibles possible financièrement pour les patients. Il en résulte que les CDS doivent, d'une part, pratiquer des tarifs opposables et, d'autre part, mettre en œuvre le tiers payant (CSP, art. L. 6323-1-7).

*Caractéristiques organisationnelles et structurelles.* Au sein des CDS, les professionnels de santé ont le statut de salarié<sup>116</sup>. Par ailleurs, les CDS peuvent être créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par les départements, soit par les communes ou leurs groupements, soit par des établissements publics de santé, soit par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif, ou encore par une société coopérative d'intérêt collectif (CSP, art. L. 6323-1-3).

L'ordonnance de 2018 affirme le caractère non lucratif de la gestion des CDS et ce quelle que soit la structure qui le porte. Ainsi, le nouvel article L. 6323-1-4 CSP précise que « les bénéfices issus de l'exploitation d'un centre de santé ne peuvent pas être distribués ». Si des bénéfices sont générés par l'activité, ils doivent être « mis en réserve ou réinvestis au profit du centre de santé concerné ou d'un ou plusieurs autres centres de santé ou d'une autre structure à but non lucratif, gérés par le même organisme gestionnaire ».

Les CDS peuvent être membres d'une CTPS (CSP, art. L. 6323-1-6). Ils peuvent aussi mettre en œuvre des protocoles de coopération interprofessionnelle (v. *infra*).

*Financement et rémunération.* La question du financement est complexe car il n'existe pas un dispositif financier unique. Les sources de financement sont éclatées et en silo (financement de la structure, notamment en matière immobilière et d'équipement, financement pour des recrutements, par ex. d'assistants médicaux, financement de l'activité). Aucune d'entre elles ne présente réellement de caractère systématique : des subventions ou ressources de la part des structures gestionnaires pour le compte desquelles les CDS opèrent (par ex. collectivités territoriales), des financements via le Fonds d'Intervention Régional (FIR) et fonction des priorités et conditions posées par l'ARS dont relève le CDS, des financements de l'Assurance maladie<sup>117</sup>.

### 2.1.1.2 Les maisons de santé pluriprofessionnelles

Les maisons de santé sont apparues dans le champ juridique à l'occasion de la LFSS pour 2008 dont l'article 44 prévoyait d'expérimenter de nouveaux modes de rémunérations dans le cadre de structures volontaires. Aujourd'hui, leur définition prend place dans le CSP. Il existe par ailleurs un cadre conventionnel spécifique pour les structures de santé pluriprofessionnelles.

---

<sup>115</sup> De façon facultative, les CDS peuvent choisir de développer d'autres activités. La liste en est donnée à l'article L. 6323-1-1 CSP : actions de santé publique, d'éducation thérapeutique, actions sociales visant à favoriser l'accès aux soins, contribution à la permanence des soins ambulatoires, etc.

<sup>116</sup> La question de la répartition des rémunérations liées au paiement à l'acte ne se pose donc pas entre les professionnels exerçant dans un CDS.

<sup>117</sup> Depuis juillet 2015, existe un accord national des centres de santé conclu entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives des gestionnaires des centres de santé. Un des avenants à cet accord (avenant n°3) instaure une rémunération forfaitaire spécifique de l'Assurance maladie pour l'exercice pluriprofessionnel sous condition de respect d'un contrat-type. Toutefois, le CDS peut opter pour le contrat-type relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles (qui concerne aussi les MSP) proposé par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017.

*Missions et activités.* Au sein des maisons de santé, les professionnels « assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours [...] et, le cas échéant, de second recours [...] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé » (CSP, art. L. 6323-3).

*Caractéristiques organisationnelles et structurelles.* Ce sont les professionnels de santé libéraux qui constituent entre eux les MSP. Plus précisément, la maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens (CPS, art. L. 6323-3). Par nature, la maison de santé est pluriprofessionnelle.

Le CSP n'exige pas une forme structurelle particulière. Cependant, les règles relatives au volet « rémunération » conditionnent la perception des rémunérations au nom de la structure à une constitution de la MSP en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa)<sup>118</sup>. C'est aujourd'hui la forme de société exigée par les ARS et l'Assurance maladie pour bénéficier des aides pour recruter un assistant médical<sup>119</sup> et des modes spécifiques de rémunération (v. *infra*).

C'est également la forme exigée pour salarier des professionnels de santé. En effet, l'ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 a ouvert la possibilité pour les maisons de santé de salarier des professionnels de santé pour l'exercice d'activités de soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours ainsi que d'autres activités contribuant à la mise en œuvre du projet de santé. Deux séries de conditions sont toutefois posées. D'une part, il convient que la maison de santé soit organisée sous forme de société interprofessionnelle de soins ambulatoires (CSP, art. L. 4041-2, 3°). D'autre part, le nombre de professionnels de santé exerçant des activités de soins de premier et de second recours pouvant être salariés par une société interprofessionnelle de soins ambulatoires est inférieur au nombre des professionnels de santé libéraux associés à la Sisa (CSP, art. L. 4041-4-II). Cette condition préserve le caractère libéral de principe de la constitution d'une maison de santé.

*Financement et rémunération.* Les remarques précédemment faites concernant le financement des CDS valent pour une très large part pour les MSP. L'ACI sur les structures de santé pluriprofessionnelles de 2017 prévoit des financements spécifiques de la structure et de certaines de ses missions (coordination, organisation du parcours de soins, des soins non programmés). Ces financements s'ajoutent à la prise en charge habituelle de l'activité des professionnels de santé (actes, rémunération sur objectifs, etc.). En d'autres termes, les financements accordés visent à titre principal à subventionner les frais de fonctionnement *lato sensu* des structures sans remettre en cause le paiement à l'acte. Il s'agit de financer les coûts générés par l'activité de coordination et d'organisation des soins et les moyens nécessaires au déploiement des missions dont la réalisation donne lieu à contractualisation. Un avenant à l'ACI de 2017 (avenant n°1) a été signé le 10 avril 2022 afin d'adapter les modalités de rémunérations perçues au nom de la structure dans le contexte de crise sanitaire et du plan « Ma santé 2022 ».

---

<sup>118</sup> La Sisa a pour objet la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés. Elle ouvre également la possibilité d'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé. Elle permet enfin le recours au salariat (CSP, art. L. 4041-2).

<sup>119</sup> Afin de sécuriser davantage le recours à des salariés, spécialement des assistants médicaux, en appui des professionnels de santé ayant constitué une maison de santé, le décret n° 2021-747 du 9 juin 2021 ouvre la possibilité de constituer un groupement d'employeurs au sein d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires, en fixe les conditions de constitution ainsi que les conditions d'emploi et de travail. Cela permet de mettre les salariés recrutés à disposition de tout ou partie des associés de la Sisa selon les prévisions des statuts (v. C. trav., art. R. 1253-35 qui précise que seuls les associés bénéficiaires de la mise à disposition sont tenus solidairement au paiement des dettes du groupement à l'égard des salariés et des organismes créanciers).

En revanche, les conditions de rémunération des professionnels de santé libéraux à l'intérieur des MSP ne sont pas en principe aménagées (sauf, le cas échéant, si leur activité se déploie dans le cadre d'un protocole de coopération. V. *infra*). Toutefois, dans le cadre des maisons de santé constituées sous forme de Sisa, les rémunérations – souvent forfaitaires – versées en contrepartie de l'exercice en commun d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé constituent des recettes de la Sisa et sont perçues par celle-ci, à charge pour elle ensuite de les répartir entre ses associés (CSP, art. L. 4042-1). Par ailleurs, et sous réserve de prévision par les statuts, les rémunérations versées en contrepartie des activités concourant au projet de santé<sup>120</sup> sont encaissées par la Sisa (qu'elles proviennent de l'activité de professionnels de santé libéraux ou salariés). Il appartient aux statuts de la Sisa de définir les modalités de reversement de ces recettes à chacun des professionnels ayant apporté son concours à ces activités (CSP, art. L. 4041-2, 3°, b).

### *2.1.2. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)*

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 permet aux professionnels de santé de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé. Dans le CSP, les dispositions relatives aux CPTS prennent place dans un chapitre consacré à la territorialisation de la politique de santé.

*Missions et activités.* Des CPTS peuvent être constituées « afin d'assurer une meilleure coordination de [l'action des professionnels de santé] et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé [...] et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé [...] » (CSP, art. L. 1434-12).

L'ordonnance du 12 mai 2021 permet d'aller plus loin. En effet, par une convention avec l'ARS et l'Assurance maladie, les CPTS peuvent s'engager à assurer une ou plusieurs missions de service public en contrepartie d'une compensation financière de la charge des missions de service public (v. *infra*) : amélioration de l'accès aux soins, organisation de parcours de soins associant plusieurs professionnels de santé, développement d'actions territoriales de prévention, développement de la qualité et de la pertinence des soins, accompagnement des professionnels de santé sur leur territoire, participation à la réponse aux crises sanitaires (CSP, art. L. 1434-12-2-I).

*Prérequis d'une inscription territoriale.* Les CPTS concourent à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Cela emporte la formalisation d'un projet de santé précisant en particulier le territoire d'action. Ce projet est transmis à l'ARS et réputé validé, sauf opposition dans un délai de 2 mois (CSP, art. L. 1434-12).

*Caractéristiques organisationnelles et structurelles.* Depuis l'ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021, les CPTS doivent se constituer sous la forme associative. Une CPTS peut « accueillir » en son sein des équipes de soins primaires ainsi que des acteurs de soins de premier ou deuxième recours (tels que des CDS et des MSP. V. *supra*).

---

<sup>120</sup> Ne sont pas visées les activités de soin stricto sensu pour lesquelles les conditions de rémunération relèvent du droit commun (paiement direct aux professionnels de santé ayant accompli les activités de soin).

*Financement et rémunération.* Il existe un cadre conventionnel propre aux CPTS, l'accord conventionnel interprofessionnel du 20 juin 2019 en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. Deux avenants viennent compléter l'ACI initial : avenant n°1 du 23 mars 2020 et, surtout, avenant n°2 du 20 décembre 2021 qui permet un soutien financier renforcé. Cet environnement conventionnel prévoit, sous réserve de la signature d'un contrat tripartite conclu avec l'ARS et l'Assurance maladie et de la validation du projet de santé, des financements spécifiques, s'ajoutant à la prise en charge habituelle de l'activité des professionnels de santé (actes, rémunération sur objectifs, etc.). Ces financements sont versés à la structure et comportent deux volets : un volet pour contribuer au financement du fonctionnement de la CPTS et un volet pour contribuer au financement de chacune des missions déployées par la CPTS<sup>121</sup>.

Consécutivement à l'ordonnance du 12 mai 2021, un décret a été pris au printemps 2022 (décret n° 2022-375 du 16 mars 2022) qui précise la possibilité ouverte (et non l'obligation) par l'ordonnance aux CPTS d'indemniser et/ou de rémunérer les professionnels impliqués. Les précisions figurent à l'article D. 1434-44 CPS. Au terme de ce texte, peut être mis en place un dispositif d'indemnisation visant à compenser la perte de revenus subie par les membres de la CPTS en raison des fonctions qu'ils exercent au sein de la structure<sup>122</sup>. Par ailleurs, le texte prévoit la possibilité de verser des rémunérations correspondant à la contrepartie de la participation des membres à la réalisation des missions de service public de la CPTS (v. liste de l'article L. 1434-12-2-I CSP)<sup>123</sup>.

---

<sup>121</sup> Ce second volet est lui-même scindé en deux : une part fixe au titre des moyens nécessaires mis en œuvre pour réaliser les missions et une part variable prenant en compte l'intensité des moyens mis en œuvre ainsi que les résultats d'impact des missions.

<sup>122</sup> Bien que le texte soit muet sur ce point, on peut penser que sont particulièrement visées les fonctions d'animation de la CPTS, notamment la participation active à la gouvernance de la structure.

<sup>123</sup> Le décret fixe également un plafond global pour chaque professionnel concerné. La somme totale des indemnités ou rémunérations perçues en application du présent article durant une année civile ne peut excéder la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3 CSS (soit, pour 2022, un plafond annuel fixé à 41 136 €).

## 2.2 Les équipes de soins, modalité non organique de coopération professionnelle

A côté des organisations ayant une structuration juridique, le droit de la santé publique reconnaît les équipes de soins (v. ci-dessous). Pour l'heure, elles peuvent bénéficier de financement par les ARS via le FIR ; en revanche, elles ne sont pas éligibles aux financements spécifiques que l'Assurance maladie consacre à l'exercice coordonné.

### 2.2.1. Les équipes de soins primaires (ESP)

C'est la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 qui a créé le dispositif des équipes de soins primaires, dispositif qui participe lui aussi à l'exercice coordonné. En effet, « une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours [...] sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent » (CSP, art. L. 1411-11-1).

Ses objectifs sont comparables à ceux d'un CDS ou encore d'une MSP puisqu'il s'agit de contribuer à la structuration des parcours de santé. Ainsi, par une coordination améliorée des acteurs, le projet défini par l'ESP a pour objet « la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ».

Aucune structuration organique n'est ici nécessaire. L'ESP est avant tout un projet de santé partagé entre professionnels. Toutefois, le choix peut être fait, initialement ou ultérieurement, d'adopter la forme d'un CDS ou d'une maison de santé, étant précisé qu'en quelque sorte par principe au regard de leur objet, un centre de santé et une maison de santé sont des équipes de soins primaires. Par ailleurs, une ESP sans structure juridique organisationnelle peut être partie prenante à une CPTS. Dans ces différentes hypothèses, c'est le régime juridique de la structure qui trouve à s'appliquer.

### 2.2.2 Les équipes de soins spécialisés (ESS)

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 a introduit une nouvelle forme de coopération professionnelle : l'équipe de soins spécialisés. Il s'agit d'un « ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou de plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux » (CPS, art. L. 1411-11-1). Avec les acteurs de soins de premier recours, les ESS contribuent à la structuration des parcours de santé.

## 2.3 Les protocoles de coopération emportant transfert de tâches entre professionnels

### 2.3.1 Les objectifs

La loi HPST du 21 juillet 2009 a défini le premier cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé. L'article 51 de ce texte disposait : « Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles (...) ».

Les objectifs sont de nature différente par rapport aux structures et équipes de soins précédemment évoquées. En effet, il s'agit ici de permettre de véritables transferts d'activités – et de responsabilité – entre professionnels de santé. C'est également une réponse à la montée en compétences des auxiliaires médicaux et une opportunité de soulager les médecins de certaines tâches ne nécessitant pas leur intervention directe, tout en réduisant le cas échéant les coûts.

### 2.3.2 Une première évaluation mitigée

Un rapport d'information du Sénat publié le 28 janvier 2014<sup>124</sup> établit des constats négatifs quant à la mise en œuvre des protocoles de coopération issus de la loi HPST. Il souligne en particulier :

- la complexité juridique du montage des dossiers à présenter à la HAS ;
- la fragilité inhérente à l'adhésion personnelle de chaque professionnel au protocole ;
- la lourdeur de l'examen de chaque protocole par la HAS ;
- les difficultés liées au financement des protocoles et l'inadéquation de la tarification à l'acte pour valoriser la coopération.

En 2019, le choix a alors été fait de réformer assez largement les protocoles de coopération, en définissant deux types de protocoles (loi du 24 juillet 2019)

### 2.3.3 Les deux types actuels de protocole

L'article L. 4011-1 CSP donne une définition générale partagée de l'objet et des modalités des protocoles, qu'ils soient nationaux ou locaux : « [...] les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient » (al. 1er).

Qu'ils soient nationaux ou locaux, les protocoles doivent satisfaire au même ensemble d'exigences essentielles de qualité et de sécurité (CPS, art. R. 4011-1).

---

<sup>124</sup> Catherine Génisson, Alain Milon, Rapport d'information sur la coopération entre professionnels de santé, Sénat, commission des affaires sociales, 28 janvier 2014.

### 2.3.3.1 Les protocoles nationaux

Les protocoles nationaux sont proposés par un comité national des coopérations interprofessionnelles (CSP, art. L. 4011-3)<sup>125</sup>. La composition de ce comité est précisée par le décret n° 2020-148 du 21 février 2020 (CSP, art. D. 4011-2). Il regroupe notamment la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction générale de la santé (DGS), l'Uncam, la HAS et les conseils nationaux et ordres professionnels (sans pouvoir décisionnel).

La mise en œuvre des protocoles nationaux autorisés suppose que les structures d'emploi ou d'exercice fassent une déclaration en ligne et joignent, notamment, une attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre du protocole national. Les équipes de professionnels de santé concernées doivent également transmettre annuellement au comité national les données relatives aux indicateurs de suivi (CSP, art. D. 4011-4-1).

Concernant les soins de ville, les protocoles nationaux permettent d'organiser des délégations de tâches du médecin vers un autre professionnel de santé (infirmier, orthoptiste, masseur-kinésithérapeute, pharmacien d'officine). Dans le cadre de ces protocoles, le principe du paiement à l'acte n'est pas remis en cause. Le professionnel de santé délégataire est payé à l'acte comme l'aurait été le médecin s'il avait accompli lui-même cet acte. Sauf exception, il n'y a pas de valorisation financière spécifique.

Cependant, pour la prise en charge de certains soins non programmés par des professionnels de santé autres que des médecins, six protocoles de coopération en ville ouvrent droit à une valorisation financière à la condition que l'on soit dans le cadre de structures pluriprofessionnelles ou d'une CPTS. Le modèle économique en a été précisé par un arrêté du 10 septembre 2020. La valorisation prend la forme d'un forfait de 25€ par patient (inclus dans le protocole), valorisation qui suppose pour les MSP et les CDS qu'elles soient par ailleurs adhérentes à l'accord conventionnel interprofessionnel conclu avec l'Assurance maladie (v. *infra*). Il s'agit là d'une rémunération globale pour l'équipe de soins dont l'arrêté détermine ce qu'elle inclut. Le forfait est versé à la structure et le partage de la rémunération forfaitaire est déterminé par les professionnels de santé impliqués dans le protocole.

### 2.3.3.2 Les protocoles locaux<sup>126</sup>

Ces protocoles de coopération peuvent être à l'initiative de professionnels de santé libéraux exerçant dans le cadre d'équipe de soins ou de CPTS (CSP, art. L. 4011-4-1). Ils peuvent également être proposés par des professionnels de santé exerçant en établissement de santé, public ou privé, ou au sein d'un GHT (CSP, art. L. 4011-4-I) ainsi que dans les établissements médico-sociaux, publics ou privés (CSP, art. L. 4011-4-2).

Ces protocoles sont rédigés par les professionnels de santé et doivent donner lieu à déclaration auprès du directeur général de l'ARS avec attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre du protocole national. En principe, ils ont une portée limitée à l'équipe de soins les ayant élaborés. Cependant, le comité national des coopérations interprofessionnelles peut proposer le déploiement d'un protocole local sur tout le territoire national (CSP, art. L. 4011-4-6).

Les textes qui régissent ces protocoles ne prévoient pas de modalités particulières de rémunération autres que celles qui sont la conséquence de la délégation (par exemple, un acte délégué par un médecin à un infirmier est rémunéré pour ce dernier comme s'il avait été pratiqué par le médecin lui-même). En revanche, de façon en quelque sorte additionnelle, les équipes et/ou structures impliquées dans un protocole local peuvent

---

<sup>125</sup> Les anciens protocoles nationaux ont été repris dans ce cadre.

<sup>126</sup> La section 3 du chapitre que le Code de la santé publique consacre aux protocoles de coopération est intitulée « Protocoles expérimentaux locaux ». Dans la suite du document, nous utiliserons l'expression « protocoles locaux ».

mobiliser le cadre dérogatoire des expérimentations de l'article 51 de la LFSS pour 2018 pour ce qui concerne le volet « rémunération » (v. CSS, art. L. 162-31-1).

S'il ne concerne pas directement la répartition des tâches et des missions entre professionnels, le développement des rémunérations au forfait ou des rémunérations d'équipes est susceptible de faciliter le développement des coopérations, en contribuant à résoudre l'équation financière liée à la rémunération à l'acte des professionnels (le développement de coopérations ou le partage d'actes n'étant pas financés en tant que tels dans le cadre conventionnel). D'ailleurs la plupart des pays évoluent vers une mixité des modes de financement, pour profiter des bénéfices de chacun d'eux. Pour des exemples, voir les deux expérimentations lancées en juillet 2019 sous forme d'appel à manifestation d'intérêt, puis d'appels à candidature, par le Ministère de la santé et la Cnam au titre de l'article 51 de la LFSS pour 2018 : paiement en équipe de professionnels de santé de ville (PEPS) et incitation à une prise en charge partagée (IPEP).

### **Le cadre expérimental dérogatoire de l'article 51-I LFSS 2018**

Pour répondre aux difficultés de rémunération qu'impliquent les coopérations entre professionnels de santé, le législateur a prévu la possibilité de mettre en place des dérogations aux règles tarifaires et aux modalités de rémunération des professionnels de santé. L'article 51-I de la LFSS pour 2018<sup>127</sup> offre la possibilité de conduire des expérimentations ayant notamment pour objet « l'émergence d'organisations innovantes » mais aussi de développer des modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires (art. L. 162-31-1 du CSS).

Les protocoles locaux de coopération (v. *supra*), qui organisent les transferts de tâches, peuvent s'inscrire dans le dispositif dérogatoire issu de l'article 51-I pour ce qui concerne le volet rémunération<sup>128</sup>. L'article 51-I permet en effet de faciliter le partage d'honoraires entre professionnels de santé<sup>129</sup> et au sein des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires. Ce dispositif de soutien à l'expérimentation est opérationnel depuis avril 2018 et financé par le fonds national d'innovation du système de santé (FISS) et les fonds d'intervention régionaux (FIR) pilotés par les ARS.

Ces expérimentations de rémunération mentionnées à l'article 51-I ont avant tout vocation à proposer de nouveaux modèles d'organisation et de financement, reposant souvent sur des prises en charge forfaitaires. Néanmoins, des protocoles de coopération prévoyant des transferts de compétences peuvent être élaborés dans le cadre de ces expérimentations.

La liste des protocoles nationaux validés au 4 mars 2021 figure ci-dessous. À noter que sur les quinze protocoles autorisés par arrêté du 3 février 2021, cinq étaient des protocoles déjà en vigueur au plan local (autorisés par les ARS) et élargis au niveau national sur proposition du comité national des coopérations professionnelles.

---

<sup>127</sup> Loi n° 2017-1836 du 30 déc. 2017.

<sup>128</sup> A noter que le champ des expérimentations au titre de l'article 51-I de la LFSS pour 2018 est plus large que celui des protocoles de coopération.

<sup>129</sup> Pour rappel, selon les dispositions de l'article L 41131-5 CSP, il est interdit, hors protocoles de coopérations et télémédecine, « à toute personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession de recevoir, en vertu d'une convention, la totalité ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant de l'activité professionnelle d'un membre de l'une des professions régies par le présent livre ».



### Protocoles nationaux de coopération entre professionnels de santé au 4 mars 2021

Domaine et secteur concernés	Intitulé du protocole	Profession du délégrant	Profession du délégataire	Date de publication
Urgences/établissement de santé	Évaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier ou l'infirmière organisateur de l'accueil (IOA), en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un service d'urgences	médecin	infirmier	14/12/2019
Cardiologie/établissement de santé	Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier	médecin	infirmier	31/12/2019
Soins non programmés/structure pluriprofessionnelle	Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	médecin	infirmier/pharmacien d'officine	08/03/2020
Soins non programmés/structure pluriprofessionnelle	Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	médecin	masseur-kinésithérapeute	08/03/2020
Soins non programmés/structure pluriprofessionnelle	Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	médecin	infirmier/pharmacien d'officine	08/03/2020
Soins non programmés/structure pluriprofessionnelle	Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	médecin	infirmier/pharmacien d'officine	08/03/2020
Soins non programmés/structure pluriprofessionnelle	Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	médecin	masseur-kinésithérapeute	08/03/2020
Urgences/établissement de santé	Réalisation de sutures de plaies simples par un infirmier en lieu et place d'un médecin	médecin	infirmier	10/03/2020
Soins non programmés/structure pluriprofessionnelle	Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	médecin	infirmier/pharmacien d'officine	10/03/2020
Médecine/établissement de santé	Première consultation d'alcoologie par une infirmière, pour des patients adressés par un service des urgences	médecin	infirmier/pharmacien d'officine	18/06/2020

Domaine et secteur concernés	Intitulé du protocole	Profession du déléguant	Profession du délégataire	Date de publication
Neurologie/établissement de santé	Consultation infirmière de suivi des patients atteints de dystrophie myotonique de Steinert (DM1) entre deux consultations multidisciplinaires	médecin	infirmier	05/09/2020
Cardiologie/établissement de santé	Contrôle des dispositifs implantables rythmologiques par un(e) infirmier(e) associant une prise en charge en présentiel et en télé-médecine	médecin	infirmier	09/09/2020
MCO/SAU/établissement de santé	Réalisation d'échoguidage pour la ponction veineuse ou pose de voie veineuse périphérique au niveau du membre supérieur ou pour la ponction radiale artérielle par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin dans l'ensemble des services MCO notamment en structure d'urgence	médecin	infirmier	24/01/2021
Soins non programmés/structure pluriprofessionnelle/libéral	ASALEE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné	médecin	infirmier	03/02/2021
Gérontologie/libéral	Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé	médecin	infirmier	03/02/2021
Ophthalmologie/structure pluriprofessionnelle/libéral	Réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans et analysé via télé-médecine par un ophtalmologiste	médecin	orthoptiste	03/02/2021
Post-mortem/établissement de santé/libéral	Prélèvements de cornées dans le cadre de prélèvements de tissus et/ou de prélèvements multi-organes sur personnes décédées	médecin ou chirurgien	infirmier ou infirmier de bloc opératoire	03/02/2021
Post-mortem/établissement de santé	Prélèvements de peau mince (feuilles épidermiques) dans le cadre de prélèvements de tissus sur personnes décédées	médecin ou chirurgien	infirmier ou infirmier de bloc opératoire	03/02/2021
Plaies/établissement de santé/réseau	Évaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un(e) infirmier(e) expert(e) en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télé-médecine	médecin	infirmier	03/02/2021
Ophthalmologie/structure pluriprofessionnelle	Réalisation de photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique par un(e) orthoptiste et/ou infirmier(e) en lieu et place d'un ophtalmologiste	médecin	orthoptiste ou infirmier	03/02/2021

Domaine et secteur concernés	Intitulé du protocole	Profession du délégrant	Profession du délégataire	Date de publication
MCO/établissement de santé	Réalisation d'échographies des veines et/ou artères des membres supérieurs par une infirmière en lieu et place d'un médecin	médecin	infirmier	03/02/2021
Diabétologie/établissement de santé	Interprétation des résultats de glycémie capillaire, et adaptation des doses d'insuline de patients atteints de diabète de type 1, de diabète de type 2, ou de diabète gestationnel, par une infirmière en consultation hospitalière en lieu et place du médecin	médecin	infirmier	03/02/2021
MCO/établissement de santé	Transfert de compétence : pose de voie veineuse centrale par l'IDE	médecin	infirmier	03/02/2021
Cardiologie/établissement de santé	Réalisation d'échocardiographie par un professionnel non médecin : enregistrement et pré interprétation des paramètres écho cardiographiques trans-thoraciques (ETT) par une infirmière diplômée d'état (IDE) en lieu et place d'un médecin cardiologue avant contrôle et interprétation médicale définitive	médecin	infirmier	03/02/2021
MCO/établissement de santé	Mesure de l'élastométrie du foie avec l'appareil de mesure FibroScan en lieu et place d'un médecin	médecin	infirmier	03/02/2021
Radiologie interventionnelle/établissement de santé	Radiologues interventionnels et Manipulateurs en électroradiologie médicale pour la pose des PICC-line en salle de radiologie interventionnelle	médecin	manipulateur en électroradiologie	03/02/2021
Dépistage/structure pluriprofessionnelle	Réalisation du frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage du cancer du col de l'utérus par l'infirmière du centre de santé	médecin	infirmier	03/02/2021
Exploration interventionnelle/établissement de santé	Réalisation des manométries oesophagienne, ano-rectale et pHmétrie par des infirmier(e)s du service d'exploration fonctionnelle digestive	médecin	infirmier	03/02/2021

Source : Haute autorité de santé

