

Évolution des métiers de la santé

Coopérations entre professionnels



14 Les grandes lignes d'une réforme

Yann Bourgueil

16 Actualité et enjeux

16 Coopérations entre professionnels de santé : 7 ans de réflexions

Yvon Berland

19 Quelques considérations sociodémographiques sur les professions de santé

Martine Burdillat

22 Coordonnateur, référent, assistant... des fonctions de plus en plus visibles

Jean-Christophe Mino, Magali Robelet

24 L'organisation juridique des professions : logiques et contraintes

Joël Moret-Bailly

26 La réforme des études médicales de santé

Jacques Domergue

27 Refonder la formation des paramédicaux et construire la coopération

Marie Ange Coudray

30 Les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification

Yann Bourgueil

33 Les aspects économiques et leurs éventuelles conséquences en termes d'efficience

Sandrine Chambaretaud

36 Le processus d'expérimentation et ses conclusions

36 La reconnaissance des pratiques informelles pour une nouvelle régulation des professions de santé ?

Yann Bourgueil

39 Recommandation de la HAS : vers une évolution des métiers et des rôles professionnels

Laurent Degos, Claude Maffioli, Lise Rochaix, François Romaneix, Catherine Rumeau-Pichon, Fabienne Midy, Sandrine Chamberetaud

44 Coopérations et loi HPST : perspectives du déploiement des coopérations

Marie-Andrée Lautru

46 Expériences concrètes

46 L'infirmière référente en neuro-oncologie à la Pitié-Salpêtrière

Chrystelle Lecaille, Jean-Yves Delattre, Sylvie Lebesgue, Joëlle Perennes, Marie-Dominique Cantal Dupart

48 Le rôle de l'infirmier en hémodialyse en centre à Lisieux

Isabelle Landru

dossier coordonné par

Yvon Berland

Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

Yann Bourgueil

Directeur de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé

50 Coopération des métiers de la vision : propositions du syndicat des ophtalmologistes

Jean-Bernard Rottier

52 Les pratiques avancées des professionnels paramédicaux en Ile-de-France

Ljiljana Jovic

55 Un projet interprofessionnel pour un programme de santé publique : la prise en charge bucco-dentaire de l'enfant

Monique-Marie Rousset, Thomas Trentesaux, Matthieu Ternois

58 Tribunes

58 Les coopérations entre médecins et autres professionnels de santé : quelques aspects appliqués d'éthique et de déontologie

Jacques Lucas

61 À l'heure de la réorganisation des soins dans les territoires : comment sortir du poids de l'histoire ?

Dominique Le Bœuf

63 Tous coopérateurs !

Christian Saout

65 Bibliographie



Coopérations entre professionnels : les grandes lignes d'une réforme

Yann Bourgueil

Directeur de l'Institut
de recherche
et documentation
en économie
de la santé

Pourquoi parle-t-on aujourd'hui de coopération interprofessionnelle ? Quels sont les enjeux soulevés par l'évolution des métiers de la santé ? Que peuvent nous apprendre les expériences des autres pays ? Que sait-on des pratiques réelles ? Pourquoi des expérimentations en France ? Quelles en sont les enseignements ? Quelles sont les perspectives d'évolution ? Autant de questions qui sont explorées par ce dossier.

Cela fait déjà sept années que le thème de la coopération des professions de santé a été introduit par le ministre de la Santé, Jean-François Mattéi, et porté avec vigueur et constance par le président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, Yvon Berland. La situation inédite de la baisse certaine, pour les dix ans, à venir, du nombre de médecins en France a déclenché études et débats, présentés par Martine Burdillat, permettant ainsi de disposer d'informations objectives et détaillées sur la ressource humaine en santé, aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs. Cette approche très générale est complétée par une analyse de l'évolution des pratiques de terrain développée par Jean-Christophe Mino et Magali Robelet, qui détaillent les nouvelles fonctions encore invisibles de référent, coordinateur, assistant... qu'ils observent. Ces deux auteurs s'interrogent sur la possibilité de la reconnaissance des pratiques invisibles et de leurs acteurs, qu'ils soient professionnels du soin ou travailleurs sociaux, par le processus en cours qui soulève de nombreux enjeux dépassant la seule question de la baisse du nombre de médecins. Enjeu de cadre juridique tout d'abord, comme l'expose Joël

Moret-Bailly, en nous rappelant le dispositif réglementaire qui régit l'organisation des professions de santé en France, et les adaptations imaginées par le groupe de travail dédié à cette thématique lors de l'élaboration de la recommandation pilotée par la Haute Autorité de santé. La formation des professions de santé constitue un deuxième enjeu d'importance. Il s'agit tout d'abord, comme l'expose Jacques Domergue, de l'organisation de la formation initiale commune à plusieurs professions qui se met en place. Mais c'est également l'articulation de la formation avec les processus de qualification, et surtout de définition initiale des compétences requises, et l'adaptation au cadre du LMD européen qui font l'objet d'une véritable révolution selon les termes de Marie Ange Coudray. Enfin, l'enjeu économique et plus précisément l'analyse des conditions économiques du développement des coopérations comme leurs effets attendus, en ville comme à l'hôpital, sont présentés par Sandrine Chambaretaud. S'il ne faut pas en attendre une baisse des dépenses, les effets en termes d'efficience sont probables, mais également distincts selon la modalité de la coopération développée entre substitution et diversification, comme le montre l'étude des expériences internationales.

Pour Yann Bourgueil, c'est bien la question d'une nouvelle forme de la régulation des professions de santé qui est posée au travers du processus d'expérimentation de coopérations des professions de santé qui s'apparente à un vaste processus d'apprentissage et de débat avec et entre les professions de santé. La Haute Autorité de santé y a joué un rôle moteur en

combinant des méthodes d'évaluation rigoureuses, la mobilisation large d'expertises et un processus de consultation publique détaillée par ses représentants. Le dispositif législatif et réglementaire issu des débats parlementaires et des négociations avec les différentes parties prenantes est présenté par Marie-Andrée Lautru de la direction générale de l'Offre de soins. Les agences régionales de santé et la Haute Autorité de santé y jouent un rôle déterminant, l'initiative des coopérations revenant cependant aux professionnels eux-mêmes.

Professionnels, dont certains d'entre eux présentent les expériences concrètes, leurs motivations et leurs résultats dans des domaines aussi variés que la neuro-oncologie, avec l'équipe du professeur Delattre de la Pitié-Salpêtrière, l'hémodialyse au centre hospitalier de Lisieux par le Dr Landru, ou dans le cadre de l'exercice ambulatoire libéral avec le point de vue du président du syndicat des ophtalmologistes, Jean-Bernard Rottier. L'enquête menée par Ljiljana Jovic en Ile-de-France sur les pratiques infirmières avancées illustre à l'échelle d'une région l'importance des acquis en termes d'expérience et de formation par les professions de santé. Acquis et pratiques, dont il y a tout lieu de penser qu'ils pourront trouver une forme de reconnaissance et de valorisation dans le cadre de la loi et de son décret d'application et contribueront ainsi à dessiner des trajectoires professionnelles attractives. L'exemple du programme de prise en charge bucco-dentaire de l'enfant, présentée par Monique-Marie Rousset, nous rappelle que la coopération peut également être comprise dans un sens plus large d'organisation des soins

et de coopération avec des professions qui ne sont pas nécessairement du monde de la santé, ni même du secteur social.

Au-delà de la coopération entre professionnels, c'est également la portée générale de ce principe de coopération pour améliorer la prise en charge des malades qui est soulignée par Christian Saout, s'exprimant au nom des patients. Intérêt des patients qui est également rappelé par Dominique Le Bœuf, présidente du Conseil national de l'Ordre des infirmiers, qui doute quand à elle de l'impact du dispositif adopté par la loi HPST et qui appelle en premier lieu à un état des lieux des pratiques réelles. L'intérêt du malade est également mis en avant par Jacques Lucas, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins, qui souligne l'importance de l'information et des règles de son usage dans les processus de coopérations et qui appelle quant à lui, au-delà de la coopération des professionnels de terrain, à la coopération des ordres professionnels qui les représentent.

Au final, ce dossier met en lumière l'importance de la ressource humaine dans le fonctionnement des services de santé et donc de sa régulation comme outil et levier de toute politique de santé. Il vise à éclairer les lecteurs sur les raisons d'une adaptation du cadre de régulation des professions de santé, les dimensions impliquées par une telle adaptation et les enjeux qu'une telle démarche soulève. Il apporte également des enseignements sur les caractéristiques d'une démarche d'expérimentation et son issue dans le champ de la santé en France. 



Les coopérations entre professionnels : actualité et enjeux

L'étude des coopérations possibles entre professionnels de santé a débuté il y a une dizaine d'années. Cette nouvelle forme d'organisation des soins est motivée par la diminution de la démographie médicale, la reconnaissance des pratiques non reconnues et une meilleure prise en charge des patients.

Coopérations entre professionnels de santé : 7 ans de réflexions

Pr Yvon Berland

Président de
l'Observatoire
national de la
démographie des
professions de santé
(ONDPS)

La réflexion sur la création de nouveaux métiers de la santé a débuté en 2002. Le rapport *Démographie des professions de santé* issu de la commission dont j'assurais alors la présidence et remis au ministre de la Santé, Jean-François Mattéi, avançait comme 3^e proposition une évolution des métiers de la santé.

Il précisait que des « chevauchements observés entre activités parmi plusieurs professions de santé constituent des redondances inutiles et des pertes d'efficacité. Au fil du temps, les professionnels ont acquis des compétences et des savoir-faire de plus en plus larges sans pour autant confier ou déléguer à d'autres professionnels ce qui pouvait l'être. Cette commission a observé que l'univers des professions de santé demeurerait sans conteste un monde cloisonné où les acteurs d'une spécialité, d'une discipline, ne connaissent que peu de chose des autres intervenants. Il devrait pourtant exister davantage de liens entre les différents métiers. Cette méconnaissance est un frein.

« Afin de pallier cette méconnaissance, il est impératif de redéfinir d'une manière globale, pour tous les métiers de la santé, les contenus et les champs de compétences. Par cette redéfinition, on valorise l'investissement intellectuel

aux dépens de l'acte technique et on tire vers le haut chaque profession qui devra abandonner ce qui n'est plus de son niveau de compétence pour se consacrer à son cœur de métier. Il convient pour ce faire de déléguer certaines activités à d'autres professions médicales ou paramédicales dont plusieurs sont à créer. Dans cette optique, des passerelles professionnelles entre les différents métiers de la santé doivent être organisées afin de répondre de manière rapide à l'exigence de nouveaux besoins de santé publique et rendre plus réactive l'offre de soins, pour répondre au désir de réorientation de certains professionnels et répondre au souhait légitime de promotion professionnelle de certains acteurs ».

Un approfondissement à partir des pratiques internationales

En octobre 2003, le rapport *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, plus détaillé, concluait : « Une mise en perspective de la délégation ou du transfert est nécessaire pour :

- faire face, en partie seulement, à la diminution annoncée de la démographie médicale,

- optimiser le système de soins,
- régulariser des pratiques existantes non reconnues,
- éviter la mise en place d'organisations parallèles sources de conflits et de baisse de la qualité des soins,
- apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux.

Ceci avec des grands principes à respecter :

- la formation : la légitimité de la délégation viendra de la compétence et donc de la formation,
- la relation entre le médecin et les acteurs paramédicaux : la délégation, pour être efficace et efficiente, doit impérativement s'appuyer sur une collaboration étroite entre les différents acteurs. Cette collaboration passe par une seule unité d'exercice, géographique ou virtuelle, des différents intervenants qui devront être regroupés au sein de structures de soins pluridisciplinaires.»

Concernant la définition du champ de compétences des acteurs paramédicaux, le rapport remis au ministre précisait également qu'il était nécessaire de cesser de codifier les domaines d'activité des différents métiers par des listes d'examens, d'actes ou de thérapeutiques susceptibles d'être réalisés ou prescrits. « Les textes réglementaires devront plutôt s'attacher à décrire les contours des métiers dans leurs grands principes et à donner aux acteurs les moyens d'exercer leur profession en fonction d'une compétence acquise au travers d'une formation qui aura, au préalable, défini ses objectifs. »

Enfin, pour ce qui est de la formation continue, le rapport jugeait indispensable d'exiger la formation continue de tous les métiers médicaux et paramédicaux.

Les premières expérimentations

Après ces conclusions, Jean-François Mattéi accédait à la proposition de réaliser des expérimentations.

La loi d'orientation en santé publique du 9 août 2004, qui a été suivie par les deux arrêtés d'application de décembre 2004 (5 projets) et du 30 mars 2006 (10 nouveaux projets et 3 projets renouvelés), autorisait la dérogation temporaire dans un cadre expérimental.

Dans le cadre de l'ONDPS, 5 expérimentations étaient lancées :

- Infirmière experte en hémodialyse
- Le suivi des patients traités pour une hépatite chronique C par une infirmière experte
- La coopération entre manipulateur en électroradiologie et médecins radiothérapeutes
- La collaboration ophtalmologiste/orthoptiste en cabinet de ville
- La coopération entre médecins spécialistes et diététiciens pour le traitement des diabètes de type 2.

En juin 2006, Yann Bourgueil et moi-même remettons le rapport *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé* au ministre Xavier Bertrand. Ce rapport concluait que même si ces expérimentations révélaient des limites méthodologiques, elles avaient le mérite de démontrer la faisabilité, en toute sécurité des patients, de la délégation de tâches dans les domaines et contextes abordés. Elles révélaient

également une très forte motivation des acteurs médicaux et paramédicaux impliqués dans le soin, de voir évoluer les pratiques vers plus de collaboration entre tous ces acteurs de santé. Ces expérimentations étaient en ce sens exemplaires et marquaient une étape historique dans l'organisation du système de soins en France.

En effet, ces expérimentations démontraient souvent que les résultats obtenus au bénéfice des patients étaient réels par rapport à la pratique médicale habituelle, elle-même non évaluée d'ailleurs.

Les recommandations de la Haute Autorité de santé

D'autres expérimentations et leur évaluation ont été ensuite confiées à la HAS qui a réalisé cette évaluation conjointement avec l'ONDPS. Une recommandation générale sur la notion de coopération des professions de santé, intitulée *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?*, est parue en avril 2008. Elle traitait donc des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, définies comme une nouvelle répartition de tâches existantes ou la répartition de nouvelles tâches entre professionnels de santé. Elle s'inscrivait dans la problématique générale de l'amélioration de l'organisation des soins.

« Dans un contexte où se mêlent l'apparition de nouveaux besoins de santé, l'évolution de la demande adressée aux professionnels, des progrès technologiques importants et la diminution annoncée du nombre de médecins, cette question mérite une attention toute particulière. Les enjeux des nouvelles formes de coopération sont multiples : l'amélioration de la qualité des soins, l'efficacité du système de santé et l'attractivité des professions.

« Pour un cadre rénové créant les conditions favorables au développement des nouvelles formes de coopération, le système de formation des professionnels de santé doit être repensé dans le cadre du dispositif licence-master-doctorat (LMD), selon un continuum de compétences répondant aux besoins de santé publique actuels et à venir, avec en particulier le développement de formations de niveau master et de filières de recherche.

« Le cadre juridique doit dépasser l'approche nécessairement restrictive d'une liste d'actes autorisés par profession pour évoluer vers une logique mixte, définissant également les professions de santé par les missions qui leur sont confiées.

« Les conditions de financement et de rémunération des professionnels de santé doivent inciter au développement de nouvelles formes de coopération. Un décret doit exister pour fixer les missions et limites de chaque profession ainsi qu'un arrêté ou un référentiel pour définir les actes autorisés.

« Dans le secteur ambulatoire, il convient d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération qui laissent une place à d'autres éléments que le paiement de l'acte. À l'hôpital, il apparaît nécessaire de modifier les règles de rémunération des professionnels paramédicaux dans le secteur public. »



Des États généraux de l'organisation de la santé à la loi « Hôpital, patients, santé et territoires »...

À la suite de ces travaux, les États généraux de l'organisation de la santé affirmaient que dans un contexte d'une incessante croissance de la demande de soins d'une part, et de la diminution annoncée du nombre de médecins d'autre part, la modification de la mission des différents professionnels de santé, le partage des rôles et l'articulation des interventions dans le cadre de nouvelles formes de coopération étaient des enjeux majeurs pour l'avenir de notre système de santé.

« Les Egos ont été l'occasion d'évoquer la coopération des professionnels de santé. Même si le dossier demande une instruction plus approfondie, quelques orientations ont pu dès à présent se dégager.

« L'organisation de l'intervention des professionnels de santé au travers de nouvelles formes de coopération doit conduire :

- à une nouvelle répartition des tâches existantes entre les différents professionnels de santé actuels,
- à la répartition de nouvelles tâches émergentes vers les professionnels de santé existants ou vers de nouveaux métiers. »

Aujourd'hui, la grande majorité des formations dans le domaine de la santé sont à bac + 3, alors que la formation des médecins est à bac + 9 ou bac + 11.

Les professions à bac +3, notamment les infirmiers, limitent leur activité à celles permises par leur décret d'actes, ainsi les médecins sont amenés à effectuer des tâches et activités qui ne nécessitent en rien neuf à onze ans d'études. La création de nouveaux métiers de la santé de niveau de formation intermédiaire, par exemple bac + 5, peut ainsi permettre aux uns de progresser dans leur vie professionnelle et aux autres de se concentrer sur leur cœur de métier de médecin.

« Ces nouveaux métiers pourraient, dans certains cas, constituer pour les professionnels de santé paramédicaux une possibilité d'évolution de carrière dans le soin et favoriser l'attractivité de ces professions.

« Cette nouvelle organisation nécessite des modifications profondes de la formation des professionnels et du cadre juridique dans lequel ils interviennent.

« La formation devra, dans le système LMD, être revisitée pour répondre aux nouvelles compétences des acteurs de santé susceptibles d'intervenir sur de nouvelles tâches à partir de référentiels métiers. Pour ce qui est des nouveaux métiers, elle devra associer à leur construction les professionnels de santé, le ministère chargé de la Santé et celui chargé de l'Enseignement supérieur.

« Le cadre juridique qui régit, dans le Code de la santé publique, l'exercice des auxiliaires médicaux doit être organisé différemment. À cette fin, le décret en Conseil d'État qui, à l'heure actuelle, définit la liste des actes autorisés se verrait remplacé par une description des missions assurées et de leurs limites pour chaque profession paramédicale. Un texte réglementaire de moindre portée ou un référentiel définirait la liste des actes autorisés, permettant une actualisation plus simple et plus

fréquente, compte tenu des nouvelles coopérations qui pourraient intervenir entre les professionnels de santé. »

La loi HPST, à la suite de l'ensemble de ces travaux, permet la coopération des professionnels de santé. Elle prévoit dans son article 51, titre I^{er} « Coopération entre professionnels de santé » : « 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 définis. Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui. Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional, puis les soumette à la Haute Autorité de santé. Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis de la HAS. La HAS peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la HAS de sa décision. Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement personnel continu des professionnels de santé selon les modalités définies par voie réglementaire. »

Ainsi entre 2002, date du rapport *Démographie des professions de santé*, et 2009, la loi HPST, sept ans se sont écoulés. Beaucoup d'énergie et de convictions ont été consacrées pour que se mette en place une offre de soins fondée sur plus de coopération entre professionnels de santé.

Les contributions rassemblées dans ce numéro témoignent que cet objectif dispose aujourd'hui d'un socle solide de réflexions et d'expériences qui augure favorablement de son avenir. 

Quelques considérations sociodémographiques sur les professions de santé

Après un bref rappel des données globales, nous examinerons la situation démographique actuelle du point de vue de la collaboration entre les différentes professions de santé. Cette collaboration ne fait pas généralement l'objet d'une attention particulière dans les approches démographiques. Développés en « tuyau d'orgue » par métier, et par spécialité pour les médecins, les recueils démographiques laissent ainsi dans l'ombre la question des collectifs soignants. Or ce sont bien des collectifs qui assurent une prise en charge adaptée des patients, aux différents moments de leur parcours de soins, du dépistage à la convalescence.

Un premier indicateur important est celui de la répartition des professionnels sur le territoire. La défaillance démographique de l'un ou plusieurs de ces soignants peut impliquer, localement, une fragilisation de l'offre de soins. À cet égard, les résultats des travaux effectués par l'ONDPS sur l'offre de soins de premier recours et la radiothérapie servent d'illustration. La proximité physique est un préalable pour que des échanges entre professionnels aient lieu, en raison notamment du faible développement en France de modalités d'échanges autres que directs (par exemple, télé médecine, dossier patient informatisé...).

Cadrage démographique : une croissance soutenue pour la plupart des professions de santé

L'effectif de l'ensemble des professions de santé réglementées est un peu supérieur à un million de personnes. De 2000 à 2009, on note une progression importante des effectifs des professions de santé, qui repose sur le développement nettement marqué des professions autres que les médecins, et surtout les dentistes (tableau 1).

L'inégale répartition des professions de santé a des conséquences sur l'accès aux soins

L'essor démographique largement partagé des professions de santé appelle quelques réserves dès lors que l'on veut qualifier l'offre de soins. Deux indicateurs complémentaires sont nécessaires pour apprécier la congruence entre les effectifs et l'offre de soins pour les patients. Le premier est relatif à la répartition géographique, le second concerne le secteur d'exercice.

L'absence dans certaines zones et dans certains secteurs d'exercice de nombreux professionnels indique clairement que le lien entre la hausse des effectifs et la disponibilité de ces effectifs n'est pas aussi vertueux que l'on pourrait le souhaiter. En d'autres termes, comme pour les médecins et pour l'ensemble des professions médicales, la hausse des effectifs ne prémunit pas de

la pénurie localisée, soit géographiquement soit par secteurs d'exercice.

Les disparités géographiques, qui présentent pour toutes ces professions les mêmes caractéristiques, sont encore plus sensibles, pour celles qui ont des effectifs plus réduits. En outre, la hausse régulière des effectifs pour certaines professions enregistrée sur la période ne se traduit pas forcément par une réduction des inégalités de répartition territoriale. Tant l'évolution des variations de densité sur la période 2003-2008 que la répartition des nouveaux entrants en 2008 montrent que les inégalités de répartition de départ se confirment, comme c'est le cas, par exemple, pour les orthophonistes libéraux. Pour cette profession, les départements de la Creuse, le Cantal, le Cher, les Hautes-Pyrénées, l'Allier, la Haute-Vienne, les Deux-Sèvres et la Nièvre ont des densités inférieures à 10. *A contrario*, les départements dont les densités sont les plus élevées sont ceux du pourtour méditerranéen et du Sud-Ouest, notamment le Gard, les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône, la Haute-Garonne et le Rhône où les densités sont supérieures à 30, avec un maximum de 45 orthophonistes pour 100 000 d'habitants dans l'Hérault. Elles sont également élevées à Paris (29 pour 100 000 habitants)¹.

Pour d'autres professions de santé, de bons scores régionaux de densité par rapport à la moyenne nationale peuvent coexister avec des déséquilibres sectoriels. Ainsi, en Ile-de-France, si la densité en infirmiers salariés hospitaliers est proche de la moyenne nationale (57,93 sur l'ensemble de la France métropolitaine et 56,46 en Ile-de-France), on observe, en revanche, de fortes disparités sur les densités libérales (11,16 pour la France métropolitaine et 6 en Ile-de-France).

Comme le souligne le rapport du comité régional de l'Ile-de-France [62], cette situation ne favorise ni une bonne répartition géographique de l'offre de soins de proximité ni la mise en œuvre de la coopération entre professionnels de santé, hors secteur hospitalier.

L'attractivité de certains territoires et de certains modes d'exercice sont donc simultanément problématiques. Les difficultés de recrutement que rencontrent certaines écoles et certains instituts de formation, les abandons en cours d'études, la faible durée parfois des carrières, les vacances de postes dans des secteurs particuliers constituent autant d'éléments traceurs du problème de l'attractivité.

Martine Burdillat
Secrétaire générale,
ONDPS

1. Données transmises par la Cnamts.



Évolution des métiers de la santé : coopérations entre professionnels

tableau 1

Indicateurs démographiques sur les professions de santé (2000/2009)

Au 1 ^{er} janvier 2009	Effectifs	Taux de croissance 2009/2000	Taux de croissance annuel moyen	Part des femmes	Part des moins de 35 ans	Part des 55 ans et plus
Médecins	209 143	7,80 %	0,80 %	39,7 %	7,2 %	36,7 %
Chirurgien-Dentistes	41 116	1,40 %	0,20 %	37,4 %	14,4 %	31,3 %
Pharmaciens	73 128	25,20 %	2,50 %	65,3 %	16,3 %	25,6 %
Sages-Femmes	18 847	31,30 %	3,10 %	98,4 %	31,3 %	16,4 %
Infirmiers	495 834	29,50 %	2,90 %	87,5 %	29,4 %	15,3 %
Masseur-Kinésithérapeutes	66 919	28,60 %	2,80 %	46,8 %	32,8 %	22,4 %
Orthophonistes	18 506	37,30 %	3,60 %	96,2 %	30,7 %	21,6 %
Orthoptistes	3 081	44,20 %	4,10 %	91,3 %	38,5 %	14,2 %
Psychomotriciens	7 181	56,50 %	5,10 %	87,0 %	35,4 %	14,1 %
Pédicures-Podologues	11 045	25,70 %	2,60 %	67,3 %	37,5 %	17,4 %
Ergothérapeutes	6 834	75,80 %	6,50 %	86,2 %	47,4 %	9,0 %
Audio-Prothésistes	2 229	69,80 %	6,10 %	43,2 %	38,3 %	20,0 %
Opticien-Lunetiers	19 575	95,50 %	7,70 %	49,5 %	50,5 %	13,7 %
Manipulateurs ERM	27 489	27,30 %	2,70 %	72,6 %	27,1 %	20,0 %
Total	1 000 927	23,90 %	2,40 %	69,9 %	24,1 %	21,9 %
Ensemble des professions de santé réglementées* par le Code de la santé publique						
	1 009 097	nd	nd	70 %	24,2 %	21,7 %

* Incluant l'ensemble des professions de santé réglementées par le Code de santé publique : les diététiciens, les orthoprothésistes, les podoprothésistes, les ophtalmistes, les épithésistes et à l'exception des préparateurs en pharmacie et des préparateurs en pharmacie hospitalière.

Source Adeli-Drees champ : France métropolitaine

La coprésence des professions de santé

Les soins de premier recours

Le suivi sanitaire des populations, comme la prise en charge des malades, se déroule dans le cadre d'un parcours, ponctué des interventions coordonnées ou successives de différents professionnels de santé. La coprésence des professionnels qui, en premier recours, assurent cette continuité est donc importante à examiner.

L'élaboration d'une typologie de cantons en 6 catégories permettant de caractériser globalement leur couverture en offre de soins des 5 professions de premier recours (médecins, infirmières, dentistes, masseurs kinésithérapeutes et pharmaciens) a été réalisée dans cette optique par l'ONDPS. Les résultats de la démarche mettent en évidence des structurations générales de l'offre de soins, différenciées selon les cantons, la géographie locale et les caractéristiques des populations résidentes. Si l'état des lieux a pu évoluer depuis 2004, au niveau de tel ou tel canton, les enseignements restent d'actualité (figure 1).

Il en ressort que les cantons ne se répartissent pas sur une échelle qui verrait progresser de façon homogène la densité de chacune des professions : ils se distin-

guent plutôt par des combinaisons différenciées de l'offre de chacune des professions de premier recours (conjugaisons variées d'implantation de professionnels de proximité de première ou seconde ligne, offre diversifiée ou réduite pour certains professionnels) ainsi que des niveaux et des natures d'activité distincts. Par exemple, on constate que l'activité infirmière évolue sensiblement en fonction de la densité des différentes professions : la part des actes techniques d'infirmiers est particulièrement forte dans les zones où les densités en professionnels sont les plus faibles. Au contraire, à mesure que les zones sont mieux dotées en professionnels — et pas uniquement en infirmiers — la part des actes infirmiers cliniques se restreint au profit des actes infirmiers de soins. Des mécanismes similaires s'observent en matière de soins dentaires, avec une proportion variée des actes de traitement d'orthopédie dento-faciale et de soins conservateurs [60, 61].

La radiothérapie

La coprésence des professionnels est parfois un préalable à l'implantation même d'une activité du fait de

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

leur complémentarité dans son exercice. Ainsi, la démographie des professionnels intervenant en radiothérapie ne peut être appréhendée que par une approche simultanée des trois métiers : oncologue radiothérapeute, radiophysicien et manipulateur en électroradiologie². La collaboration ici est structurellement nécessaire, du fait des structures, des équipements et des normes qui encadrent l'activité, en sorte que les fortes inégalités de répartition géographique qui existent concernent toujours conjointement les trois métiers. Une conséquence du destin lié des trois métiers est que la localisation de l'activité implique d'emblée, outre les équipements, la présence de l'ensemble de ces professionnels qui interviennent ensemble pour en assurer la réalisation en sécurité pour les patients traités.

La proximité des professions de santé n'est toutefois pas une condition suffisante

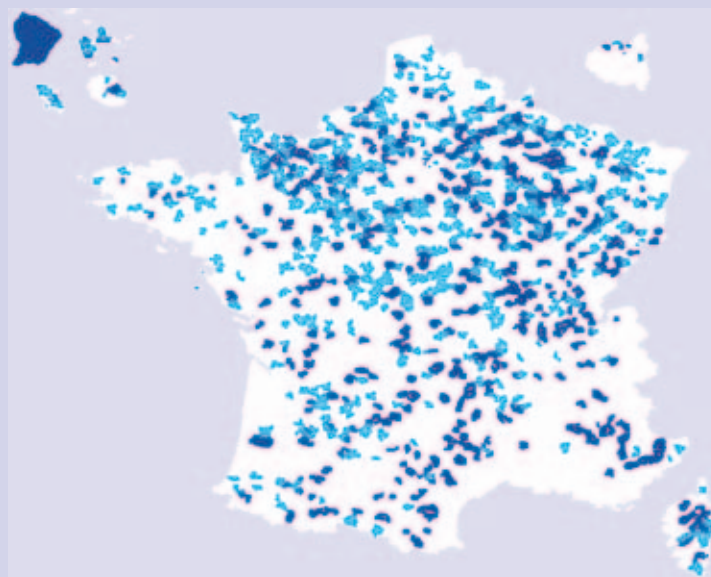
Les résultats de nombreux travaux mettent en évidence les difficultés d'échanges entre professionnels de santé. Les professionnels soulignent et regrettent leurs trop grandes ignorances mutuelles, y compris dans les cas où la proximité ne fait pas défaut [50, 70]. Au-delà de ce que certaines doléances peuvent avoir de convenu, l'inexistence d'une grammaire sinon commune, du moins mutuellement accessible aux différentes professions de santé nourrit ces cloisonnements, dont peuvent pâtir les patients. La singularité de chacune des formations, la perception de hiérarchies entre les professions, comme certaines particularités liées au statut d'exercice constituent sans nul doute des freins conséquents dans ce domaine.

Le développement de métiers dédiés à la coordination peut permettre d'établir des liens. Une meilleure interconnaissance des apports des uns et des autres aux patients, soit au moment de la formation initiale, soit dans le cadre de la formation continue, devrait en même temps mieux en légitimer la nécessité. 🏥

2. Sans perdre de vue qu'ils ne résument pas à eux seuls le service de radiothérapie. Outre le rôle des personnels administratifs, il faut noter que le bon fonctionnement de l'équipe de physique médicale, entité individualisée au sein du service, repose sur un chaînage de compétences faisant notamment appel à celles des dosimétristes (environ 200 « faisant fonction » de dosimétristes en France), des techniciens de mesures physiques, de techniciens biomédicaux.

figure 1

Configurations cantonales d'offre et d'activité de premier recours



- Offre et activité faibles
- Offre faible et activité moyenne à forte
- Offre forte et activité moyenne
- Offre et activité fortes

Sources : Rapport ONDPS 2004, tome 4.
Données : Snir (Cnamts, 2002), Urcam, Fnors (2002), Adeli (Drees, 2003), Sysgeo (Drees).



Coordonnateur, référent, assistant... des fonctions de plus en plus visibles

Jean-Christophe Mino

Médecin chercheur
spécialiste de santé
publique, hôpital de
la Pitié-Salpêtrière
APHP et Centre de
ressources national
soins palliatifs

François-Xavier
Bagnoud, Paris

Magali Robelet

Maître de
conférences en
sociologie, Graphos,
Université Lyon 3

Les débats publics, qui ont fait suite aux expérimentations menées sous l'égide de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, se sont focalisés sur un type de coopération : la délégation de compétences (principalement actes techniques) entre médecins et autres professionnels de santé.

Délégation ou coopération : les non-dits du débat public sur l'évolution des métiers de santé

Ces redéfinitions de territoires « officiels » légitiment des pratiques en vigueur, mais ne modifient en rien ni l'équilibre des pouvoirs entre professions de santé, ni l'organisation de la prise en charge des patients. En effet, dans la mesure où ils établissent le diagnostic, les médecins demeurent maîtres de la « trajectoire » du patient [68] et les actes délégués sont toujours réalisés sous la responsabilité du médecin, de sorte que l'autonomie des professionnels de santé n'en sort pas nécessairement renforcée. Seule la réalisation de certaines étapes de la trajectoire change de mains. D'autres modalités de coopération viennent formaliser (dans le sens de « conférer une légitimité à ») non plus un nouveau partage des tâches entre professionnels de santé mais le travail de coopération lui-même. Des fonctions transversales aux dénominations variées (coordonnateur, référent, assistant...), le plus souvent exercées par des professionnels non médecins, sont ainsi créées pour veiller à la maîtrise de la trajectoire du patient entre différents intervenants, actes, lieux. À la délégation de quelques tâches cliniques, effectuées jusque-là par les médecins, s'ajoute ici l'exercice de tâches sinon nouvelles (certaines étaient exercées de façon informelle et invisible), du moins non cliniques. Le professionnel de santé est autonome dans l'exercice de ces tâches qui font de lui un « travailleur de la trajectoire ». Ces modalités de coopération conduisent à des tentatives de formalisation dans le cadre de la politique des réseaux (définition *a minima* du rôle de coordonnateur de réseau) ou de la lutte contre le cancer (création des infirmières d'annonce). Elles relèvent de dynamiques professionnelles différentes de celles, classiques, soulevées par les précédentes : il ne s'agit plus de partager un territoire professionnel existant mais de définir et d'investir de nouveaux territoires professionnels (nouveaux dans le sens où des tâches existantes se trouvent reconnues comme relevant d'un travail spécifique) [1]. En quoi l'apparition de ces nouveaux territoires professionnels est-elle de nature à reconfigurer les rapports de pouvoir entre professions de santé ?

Le travail de trajectoire du patient revisité

Les fonctions dédiées au travail de trajectoire des patients émergent dans des contextes (maladies chroniques, réseaux de santé, équipes mobiles, retours à domicile) dans lesquels la maîtrise de la trajectoire peut facilement échapper aux différents professionnels de santé : le patient peut ne pas répondre au traitement, ne pas se conformer aux indications du médecin, son entourage peut interférer dans la relation médecin-patients, beaucoup d'acteurs qui ne se connaissent pas sont en jeu, le médecin peut ne pas avoir de contrôle sur le retour au domicile... Autrement dit, le principe de division du travail hiérarchique selon la qualification et l'expertise ne suffit pas pour maîtriser la trajectoire. Des modalités d'organisation plus transversales sont alors mises en œuvre sous la forme d'arrangements locaux, incluant la définition d'une fonction de gestion de la trajectoire, autour de plusieurs types de tâches :

- Des tâches cliniques : c'est le cas dans deux expérimentations concernant les séances de dialyse rénale et de chimiothérapie en hôpital de jour où des infirmières mènent une évaluation clinique [14], vérifient les examens, contrôlent l'observance médicamenteuse et proposent de reconduire ou non la chimiothérapie (ou vérifient la bonne application de la prescription de dialyse); elles peuvent choisir ou adapter des traitements médicaux complémentaires avec validation médicale.

- Des tâches d'information et d'éducation du patient : dans le cadre d'une expérimentation d'infirmières de prévention en cabinet de médecine de ville pour les patients diabétiques de type 2, l'activité des infirmières va de la formulation de conseils hygiéno-diététiques jusqu'à l'explication et le suivi de la maîtrise des injections et autotest (dextro), en passant par la réalisation de tests cutanés plantaires. Elles font aussi un repérage des patientes pouvant bénéficier du dépistage du cancer du sein. Elles peuvent enfin réaliser un bilan de dépistage global chez les personnes âgées à risque de troubles cognitifs.

- Des tâches d'organisation de la trajectoire : les infirmières de soins palliatifs en équipe mobile hospitalière ou dans les réseaux de santé [53, 64] en sont un bon exemple. À l'hôpital, elles peuvent contribuer à un retour au domicile en lien avec les réseaux ou l'HAD, ou à un transfert en unité de soins palliatifs. Au domicile, la logistique (fournir une pompe à morphine, faire livrer rapidement un lit médicalisé, trouver un garde malade, etc.) est une tâche primordiale.

La reconnaissance de ces tâches au sein d'une fonction dédiée révèle une extension de la définition de ce qui relève du soin et de la trajectoire du patient, dont une

partie n'est plus contrôlée par le seul médecin. D'où la question des rapports de pouvoir entre professionnels, car le professionnel soignant agit de façon autonome sur une grande partie de ces tâches.

Un pouvoir non hiérarchique sur la trajectoire des patients

Ces territoires d'interface, aux marges de la définition clinique du soin, peuvent être investis par plusieurs professionnels même si en majorité il s'agit d'infirmières (on peut aussi trouver des travailleurs sociaux ou des ergothérapeutes parmi les coordonnateurs de réseaux). Ce sont des lieux de pouvoir pour ces travailleurs de la trajectoire, non pas dans un sens hiérarchique (le médecin demeure, de toutes façons, maître du diagnostic) mais dans la mesure où ils se trouvent en position d'orienter la trajectoire et donc le travail (son contenu, son rythme, son organisation) d'autres professionnels. Par exemple, les infirmières référentes en cancérologie sont le plus souvent joignables pour répondre rapidement aux problèmes inattendus des malades. Cela peut être à l'occasion d'un accident de santé, d'une complication thérapeutique ou concerner d'autres composantes de l'expérience de la maladie (problèmes de transport ou de logistique, question psychologique). Elles peuvent alors orienter la trajectoire en donnant leur avis, en adressant le patient à un autre professionnel ou en réglant elles-mêmes la question, comme dans le cas d'une mycose buccale en demandant une ordonnance au médecin hospitalier et en la faxant. Leur intervention peut aussi permettre une ré-hospitalisation rapide après avis d'un médecin.

Le pouvoir de ce type de professionnels est donc un pouvoir local, lié au contexte et aux problèmes posés par le malade et à l'acceptation de ce rôle d'interface par l'ensemble de l'équipe. Travaillant sans exécuter une prescription et avec une large marge de manœuvre, ils disposent d'un pouvoir de maîtrise sur la trajectoire et d'une grande autonomie dans l'exercice de tâches qui font d'eux un « travailleur de la trajectoire ». Néanmoins, ces professionnels ne revendiquent pas une autonomie particulière au travers d'un « rôle propre » qu'ils opposeraient dans un combat corporatiste face au pouvoir des médecins. D'une part, ils interviennent au nom des médecins. Si elle peut être plus large (elle concerne des aspects médicaux et psycho-sociaux), plus importante (elle laisse plus de marge d'initiative au soignant) et prolongée (et non plus seulement limitée dans le temps à l'exécution de certaines séquences), la délégation existe formellement. D'autre part, le rôle de ce nouveau type d'intervenant prend ici son sens en s'inscrivant au sein d'une approche pluriprofessionnelle. Son rôle s'exerce au travers du travail en équipe et n'est pas revendiqué comme outil d'autonomisation. Médecins et professionnels de la trajectoire exercent leur autonomie dans une organisation où les compétences respectives sont reconnues, n'hésitant pas à se solliciter mutuellement. Le contenu du travail de chacun

est spécifié mais comme part indivise d'une compétence collective. La notion d'autonomie professionnelle comme domaine de compétence clos et auto-contrôlé peut alors être reconsidérée.

Des innovations du travail de soin mal connues et reconnues

Pourtant, au-delà de leur intérêt pour l'organisation du travail et leur utilité pour les patients et les autres professionnels de santé, ces nouvelles fonctions manquent singulièrement de reconnaissance. Elles peuvent même, dans certains cas, s'apparenter à un « sale boulot » que des professionnels font réaliser par d'autres pour s'en débarrasser et se concentrer sur ce qu'ils estiment être leur cœur de métier.

Ces fonctions ne relèvent pas d'un modèle unique et leur généralisation est difficile tant elles sont associées à des contextes singuliers. Souvent, les professionnels qui exercent ces fonctions sont recrutés par les médecins selon des affinités électives (sur le mode « on se connaît, on a confiance »). Ces fonctions ne conduisent pas à une revendication de « profession » ou de « métier » nouveau (même s'il existe une association des coordonnateurs de réseaux par exemple, qui propose un référentiel métier et exige un diplôme pour l'exercice de ces fonctions). Enfin, le statut de ces fonctions reste encore peu assuré que ce soit du fait de problèmes de financement ou de questions sur le sens de ces fonctions peu reconnues dans la carrière des professionnels : constituent-elles un tremplin vers une fonction plus classique de cadre de santé, une parenthèse avant un retour à une fonction clinique ou peut-on « faire carrière » dans ces fonctions ?

Puisse un tel dossier contribuer à mieux comprendre, faire connaître et reconnaître certaines de ces innovations du travail de soin dans un système de santé marqué avant tout par des enjeux économiques. 



L'organisation juridique des professions : logiques et contraintes

Joël Moret-Bailly
Maître de conférences en droit privé/HDR, université de Lyon, Cercriid UMR-CNRS 5137, université Jean Monnet (Saint-Étienne)

Les règles relatives à l'organisation des professions de santé se trouvent dans la quatrième partie du Code de la santé publique (CSP). Elles placent en leur centre la profession médicale, les compétences des autres professions étant construites comme des dérogations au monopole de cette dernière, lui-même protégé par l'infraction d'exercice illégal de la médecine.

L'organisation des professions

L'exercice illégal de la médecine est défini dans l'article L. 4161-1 CSP. Cette définition est double : il s'agit, soit de « l'établissement d'un diagnostic ou [du] traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées », soit de la réalisation de « l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé ». Celle-ci prend place dans un arrêté du 6 janvier 1962 (périodiquement actualisé), fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins, ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyse médicale non médecins.

L'article L. 4161-1 précise cependant que ces dispositions ne s'appliquent pas aux « étudiants en médecine, [...] infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin », non plus qu'aux « personnes [...] qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret ». Il s'agit du système dit des « décrets d'actes », qui permettent seuls l'intervention des auxiliaires médicaux auprès du patient. Ces décrets ne peuvent faire référence qu'aux actes susceptibles

d'être effectués par des non-médecins au sens de l'arrêté de 1962 précité.

Ce système entraîne deux conséquences : d'une part, la liste des actes possibles pour les auxiliaires médicaux est limitative ; d'autre part, ces actes ne peuvent être effectués que dans deux circonstances bien identifiées par l'arrêté de 1962 : « sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment », ou « sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci ».

L'organisation des professions qui en résulte est relativement figée (dans le but premier de garantir les patients contre les atteintes inconsidérées à leur intégrité corporelle), les frontières entre les professions étant, de ce fait, relativement étanches.

Cette organisation ne prend pas non plus en compte la compétence effective des professionnels (ce qu'ils savent réellement faire), mais uniquement leur qualification, attestée par leur diplôme. Les possibilités d'intervention des professionnels dépendent donc bien de leurs diplômes, mais non de leurs compétences.

Les « nouvelles formes de coopération » entre professions

L'utilisation des vocables de « délégation » ou de « transfert » de tâches ou de compétences, un temps envisagée pour traiter de ces questions, n'est pas très pertinente du point de vue du droit puisqu'elle renvoie à des concepts d'ores et déjà dotés d'un sens précis, et incompatibles avec le système d'organisation des professions que nous venons d'examiner. Notamment, la « délégation » ou le « transfert » supposent que le

Les professions de santé

La quatrième partie du CSP, consacrée aux « professions de santé », se décline en trois livres : « professions médicales », « professions de la pharmacie » et « auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers ». On peut déduire de l'intitulé du livre 3 que ces trois dernières professions ne sont pas à ranger au rang des auxiliaires médicaux.

Le livre 1 est dédié aux professions de médecin, chirurgien-dentiste, et

sage-femme. Le livre 2, relatif aux « professions de la pharmacie », est consacré aux professions de pharmacien et de préparateur en pharmacie. Le livre 3, relatif aux « auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers », traite, dans l'ordre des titres qui leur sont consacrés, des professions d'infirmier ou d'infirmière (titre 1), de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue (titre 2), d'ergothérapeute et de

psychomotricien (titre 3), d'orthophoniste et d'orthoptiste (titre 4), de manipulateur d'électroradiologie médicale (titre 5), d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées (titre 6), de diététicien (titre 7) et des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (titre 9).

déléguant dispose d'un pouvoir quant à la détermination des actions du délégataire. Or tel n'est pas le cas : un médecin ne peut changer les règles d'intervention des auxiliaires médicaux telles qu'elles résultent des « décrets d'actes » [35].

Les nouvelles formes de coopération entre professionnels peuvent cependant emprunter d'autres voies [56].

La première réside dans la prévision par la loi (au sens strict de l'acte du Parlement), acte par acte, de dérogations aux règles générales fixées par le CSP dans les décrets d'actes, par exemple pour la prise en charge de telles pathologies particulières. Cette voie ne paraît cependant que peu réaliste puisqu'il n'appartient pas au domaine de la loi d'entrer dans ce degré de précision. Elle paraît, en outre, absurde, la loi venant ici déroger au décret.

Une deuxième voie réside dans la possibilité de permettre à certains professionnels spécifiquement formés d'effectuer des actes que leurs confrères ne peuvent régulièrement réaliser : les possibilités d'intervention des professionnels ne dépendent alors plus d'un diplôme unique, mais font l'objet de gradations. Tel est le cas, aujourd'hui, en ce qui concerne les infirmiers anesthésistes diplômés d'État.

Une troisième voie résiderait dans l'intervention de la loi pour redéfinir certaines professions d'auxiliaires médicaux en leur attribuant, sur le modèle de la profession de sage-femme, un domaine de compétence assorti de limites (au lieu d'une capacité d'intervention renvoyant à une liste limitative d'actes). Un tel système reviendrait à sortir de celui du « décret d'actes » pour (re)définir les professions (ou certaines d'entre elles) de manière plus générique, en faisant précéder la liste des actes qu'elles peuvent effectuer de l'adverbe « notamment » (ou en supprimant cette liste), et en renvoyant au professionnel l'appréciation des limites de son intervention en fonction de ses compétences, cette dernière possibilité étant encadrée par des règles déontologiques. Tel est bien la situation des sages-femmes à l'heure actuelle. L'histoire juridique de cette profession est d'ailleurs celle d'une autonomie croissante la faisant passer d'une situation proche de celle des auxiliaires médicaux à celle, pour reprendre la terminologie du CSP, d'une « profession médicale » ; tel est également le cas de l'organisation de la délivrance des soins d'ostéopathie (cette dernière activité ne constituant cependant pas une « profession de santé » au sens du CSP), le professionnel pratiquant l'ostéopathie déterminant essentiellement lui-même les limites de son intervention (et pouvant recevoir, la plupart du temps, le patient en dehors de toute prescription médicale).

Le dispositif de la loi HPST

Les coopérations entre professionnels, c'est-à-dire, au sens de la loi, celles qui ont « 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 », ont été intégrées au CSP par la loi HPST (articles L. 4011-1 et suivants). Le champ d'application du texte embrasse les professions de médecin, de sage-femme (mais pas de chirurgien-dentiste), l'ensemble des auxiliaires médicaux ainsi que les conseillers en génétique.

La procédure instituée permet à des professionnels de soumettre à l'agence régionale de santé (ARS) des protocoles de coopération. Si ces protocoles « répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional », le directeur de l'ARS « autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme » de la HAS.

Un amendement adopté par l'Assemblée nationale et confirmé par le Sénat pourrait toutefois radicalement changer la portée du dispositif imaginé par le gouvernement. Le Parlement a, en effet, ajouté au CSP un art. L. 4011-2 al. 3 selon lequel : « La Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. » Il s'agit là d'un véritable pouvoir réglementaire concurrent de celui du ministre de la Santé (même si les décrets en Conseil d'État constituent, techniquement, des actes du Premier ministre, ils sont, dans les faits, élaborés par le ministère de la Santé). Celui-ci était, en effet, jusqu'à l'adoption de cet article, la seule autorité réglementaire à disposer d'un pouvoir quant à la détermination du champ d'intervention des professionnels de santé auprès des patients ; il en existe aujourd'hui une seconde. On peut même sans doute considérer que la HAS pourrait devenir à terme, si elle décide de se saisir de son nouveau pouvoir, l'acteur-clé du système de la définition des professions de santé à la place du ministre de la Santé dans la mesure où, par voie d'extension de protocole, le dernier mot quant à la définition des possibilités d'intervention des professionnels lui appartient. On peut même considérer que la HAS dispose d'un pouvoir plus important que celui du ministre, dans la mesure où les protocoles peuvent porter exception aux règles légales d'organisation des professions là où le ministre est bien évidemment lié par ces dernières. Ajoutons que cette logique est renforcée par l'art. L. 4011-2, selon lequel « les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé » [55].

On imagine mal, cependant, que la HAS puisse œuvrer sans tenir compte des prises de position des professionnels ainsi que les institutions les représentant, au premier rang desquels les ordres professionnels, chargés de défendre les intérêts des différentes professions. 



La réforme des études médicales de santé

Jacques Domergue
Professeur des
universités-praticien
hospitalier, député
de l'Hérault

Le *numerus clausus*, mis en place pour le recrutement des médecins, odontologistes, pharmaciens et sages-femmes a produit, au fil du temps, une fréquentation accrue des filières de santé, conduisant à une situation tendue tant pour les enseignants que pour les étudiants. C'est dans ce contexte, et devant le gâchis humain des étudiants recalés que la ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Valérie Pécresse, a mandaté le secrétaire perpétuel de l'Académie pour émettre des propositions sur le devenir des études de santé. Parallèlement, l'installation au niveau européen du système LMD (licence, master, doctorat) obligeait les universités françaises à se caler sur l'organisation universitaire européenne, inscrivant le L1 santé dans la perspective du LMD.

Les métiers de la santé représentent au moins une quinzaine de professions de niveaux et de qualifications inégaux. Les professions dites médicales (médecins, odontologistes, pharmaciens et sages-femmes) sont sélectionnées par une première année commune appelée « L1 santé » à l'issue d'un arrêté publié au *Journal officiel* le 17 novembre 2009, faisant suite à une proposition de loi parlementaire votée à l'Assemblée nationale le 21 juillet 2009. La réforme sera applicable dès la rentrée universitaire 2010, avec certaines mesures transitoires jusqu'en 2012.

Quel est l'esprit du « L1 santé » ?

Jusqu'à présent la sélection de la première année des études médicales était réservée aux médecins, odontologistes et sages-femmes. L'arrivée des pharmaciens dans ce tronc commun de sélection reconnaît la médicalisation du métier de pharmacien et crée de fait un premier échelon de sélection des professions de santé. Le « L1 santé » s'inscrit dans le projet européen d'uniformisation des diplômes appelé LMD.

De plus, le « L1 santé » a pour objectif d'augmenter les possibilités de passerelles avec les autres professions de santé en vue de réduire le gâchis humain de la sélection drastique de la première année.

Les chiffres

Pour l'année universitaire 2006-2007, 50 000 étudiants ont été inscrits en première année de médecine, odontologie ou maïeutique. La première année de pharmacie accueillait 11 500 étudiants. En raison de l'existence du *numerus clausus*, 7 100 étudiants en médecine, 977 en odontologie, 1 007 pour la filière sages-femmes et 2 990 pour la filière pharmacie ont passé avec succès les épreuves de sélection, laissant près de 40 000 étudiants en situation d'échec.

Telle est la réalité universitaire des filières médicales, mettant en exergue la nécessité de réorganiser

la sélection avec le souci de mettre un terme au gâchis humain qu'il engendre.

Cela suppose une réorganisation de l'enseignement

L'afflux d'un nombre plus important d'étudiants dans la même filière suppose une réorganisation de l'enseignement. Par souci d'équité, il est nécessaire que tous les étudiants d'une même université, même multisites, suivent le même enseignement. Il est prévu qu'il soit fait appel aux techniques de visioconférence et de téléenseignement afin que les cours soient dispensés par les mêmes enseignants à tous les étudiants. Ces aménagements indispensables à la qualité de l'enseignement ont justifié le report de l'application du texte par le Sénat d'une année et la mise en route de la réforme pour la rentrée universitaire 2010.

Comment va se faire le mode de sélection ?

Pour être admis à s'inscrire en « L1 santé », il faudra être titulaire du baccalauréat ou d'un diplôme d'accès aux études universitaires.

Le « L1 santé » est subdivisé en deux semestres, l'un représenté par un tronc commun, l'autre par des enseignements plus spécifiques conduisant aux quatre concours.

À l'issue du premier semestre, les candidats les moins bien classés peuvent être réorientés vers d'autres formations universitaires par décision du président d'université, dans la proportion maximale de 15 % des inscrits. Les universités de sciences sont les mieux adaptées à ces réorientations.

Les autres poursuivent le deuxième semestre, constitué d'un tronc commun d'enseignement et de modules spécifiques à chacune des filières. À l'issue des épreuves, quatre classements sont établis en prenant en compte les unités d'enseignement communes et spécifiques.

Les étudiants réorientés à l'issue du premier ou du deuxième semestre sont autorisés à se réinscrire en première année des études de santé, à condition d'avoir validé 90 ou 60 crédits dans une autre formation conduisant au grade de licence.

L'instauration de passerelles

Le niveau scientifique du « L1 santé » rend cette voie impossible pour les filières littéraires. Pour éviter à cet écueil et permettre à des étudiants d'horizons différents de rentrer dans la filière médicale, il a été prévu que des passerelles seraient mises en place. Les modalités de ces passerelles ont été décrites dans la proposition de loi déposée à l'Assemblée nationale le 21 juillet 2009. Elles permettent à des étudiants titulaires d'un master ou d'un doctorat d'intégrer les filières médicales en L2 ou L3. Cette intégration se fera après examen du dossier des postulants par une commission *ad hoc*.

Quelles sont les conséquences de la mise en place du «L1 santé» ?

L'intégration des étudiants en pharmacie dans la sélection des études médicales qui a conduit à la mise en place du «L1 santé» a établi un premier niveau de sélection des professions médicales. Il met en place une culture commune aux étudiants de santé pour les quatre professions sus-citées. Nous ne pouvons pas exclure que d'autres professions, telles que les infirmières, les kinésithérapeutes ou les orthophonistes, évoluent vers une médicalisation de leur niveau. Comme cela s'est produit pour les sages-femmes et les pharmaciens, la réorganisation des métiers de la santé et la nécessité de mettre en place des transferts de tâches, d'intégrer les pharmaciens comme des acteurs de santé de premier niveau justifient ces évolutions.

Quelles seront les prochaines étapes

Les métiers non médicaux de la santé, regroupés sous le terme d'auxiliaires de santé, sont constitués, une dizaine de métiers dont le mode de sélection, les types de formation sont souvent peu lisibles pour les étudiants, et varient considérablement d'une ville à l'autre. Il faudra réfléchir à un nouveau mode d'organisation de ces métiers et à la création de filières nouvelles telles que des métiers de coordonnateurs de plateaux techniques, de logisticiens, de techniciens, d'informaticiens de plus en plus utiles sur les structures hospitalières.

Une mission d'information parlementaire m'a été confiée pour faire le point sur ce sujet et élaborer des propositions d'amélioration de la lisibilité des métiers de la santé. 

Refonder la formation des paramédicaux et construire la coopération

Deux courants fondateurs, ou plus exactement re-fondateurs, d'une vision de la formation ont traversé ces dernières années le monde de l'enseignement, offrant des perspectives nouvelles aux professions paramédicales.

Des diplômes reliés au concept de «compétence»

Le premier courant est centré autour de la notion de «compétence», notion qu'il a fallu éclaircir pour l'intégrer dans les réflexions sur la formation et surtout l'introduire dans les modèles pédagogiques. Combiner savoirs et savoir-faire dans l'action pour agir dans une situation en vue d'obtenir un résultat, voilà rapidement tracée la définition minimale sur laquelle s'est produit un accord. L'Union européenne, dans l'un de ses documents préparatoires¹, assortit cette définition de l'idée de progression ajoutant que, plus la situation devant laquelle se trouve une personne est complexe et inconnue, plus la compétence doit être d'un niveau élevé et montrer plus d'autonomie dans l'action.

En 2002, la France a promulgué une loi² qui crée un «Répertoire national des certifications professionnelles» obligeant les certificateurs à présenter les diplômes

menant à des métiers sous la forme de référentiels d'activités et de compétences formalisant ainsi la liaison entre la formation et l'action. Et, portant le concept jusqu'au bout, cette même loi a institué un droit nouveau, celui de pouvoir faire valider ses «acquis de l'expérience», montrant ainsi comment l'activité est elle-même génératrice de compétences et de connaissances qui peuvent être reconnues comme diplôme ou partie de diplôme. C'est une véritable inversion de forme et de fond, une «révolution» au sens propre du terme. En effet, ce dispositif permet à des personnes ayant commencé tôt leur vie professionnelle de valoriser leur engagement et leur investissement, et faire reconnaître les connaissances et compétences acquises à cet endroit au même niveau que celles qu'elles auraient obtenu par la formation.

Un cadre européen de formation

Le deuxième courant procède de la volonté d'utiliser un cadre commun, quasi universel, pour établir des niveaux de formation dans le monde, et au minimum en Europe, afin de permettre des «échanges» de personnes (étudiants et formateurs) et de savoirs de manière organisée. On assiste ici à la recherche d'un langage commun, sous forme notamment de paramétrage des niveaux de formation, d'attribution de valeur commune dans les crédits de formation, ou de découpages temporels, tout cela ayant pour but de faciliter des liaisons entre les étudiants et les enseignants de tous les pays et des échanges dans les savoirs et les programmes.

Les «accords de Bologne», signés par 29 ministres européens de l'Éducation en 1999, ont été suivis d'autres déclarations et demeurent le fondement de cette réforme qui touche l'enseignement supérieur

Marie Ange Coudray
Conseillère
pédagogique,
sous-direction des
ressources humaines
du système de santé,
en charge du suivi
des expérimentations
pour la DGOS

1. Document de travail de la Commission vers un cadre européen des certifications professionnelles pour la formation tout au long de la vie ; Bruxelles, 8 juillet 2005 SEC (2005) 957 ; «Ce concept est donc utilisé de façon intégrative : exprimant la capacité de l'individu à combiner, de manière autonome, de façon tacite ou explicite et dans un contexte particulier, les différents éléments de connaissances et de compétences qu'il possède. La dimension d'"autonomie" est essentielle au concept car elle sert à distinguer les différents niveaux de compétence».

2. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, articles 134 et 133.



des pays signataires, dépassant largement le cadre de l'Union européenne et que bien d'autres pays ont rejoint ou veulent encore rejoindre. Quelques principes forts sont au cœur de ce dispositif : adopter un système de diplômes facilement lisibles et comparables, promouvoir la mobilité et la libre circulation des personnes, mettre en place une coopération en matière d'évaluation de la qualité des formations.

Deux idées sont ainsi rapidement devenues des réalités : « la formation tout au long de la vie », et « l'Europe des connaissances ».

Des opportunités qui se potentialisent

Les professions de santé ne pouvaient échapper à cette mouvance. Les professions paramédicales y ont vu une opportunité de progrès et d'ouverture que la structuration et les modalités juridiques de construction de leurs métiers ne leur autorisaient pas jusqu'à ce jour. En effet, parallèlement à l'évolution de ces idées, structurant les modes de pensée et de conception pédagogiques, a été mise au jour la nécessité de revoir les modalités de répartition de l'offre de soins en France. Le rôle des professionnels de la santé est réinterrogé par la modification de la demande : vieillissement de la population, augmentation des pluripathologies et des maladies chroniques, avancées de technologies médicales, modification des modes de communication et d'accessibilité au savoir. La question de la bonne distribution des actions de santé à réaliser auprès des populations de demain, dans un contexte de rareté économique et surtout de recherche d'efficacité et de qualité, se pose avec acuité. Comment faire en sorte que chaque profession, et donc chaque professionnel, puisse agir efficacement dans son champ de compétence, avec les moyens d'aujourd'hui, pour agir auprès de la population de demain ?

Une méthode de travail qui a ouvert des perspectives

L'obligation de lisibilité dans la forme de l'écriture des diplômes a engendré une véritable réflexion de fond, réalisée avec les professionnels concernés, sur les activités et les compétences de chacun des métiers et sur le type, la nature et les niveaux de savoirs nécessaires à chacun des exercices. La méthode participative utilisée, afin de légitimer la démarche et de l'inscrire dans la culture professionnelle, a permis d'ouvrir un large débat sur l'ensemble des professions paramédicales en y insérant, par étapes, des questions essentielles : comment ouvrir des diplômes touchant des professions réglementées à la validation des acquis de l'expérience ? Comment prévoir des parcours professionnels et des passages plus faciles entre les diverses professions ? Faut-il prévoir un lien avec la réforme de l'enseignement supérieur et comment, pour des professions dépendant de l'enseignement professionnel ? Est-il nécessaire, et si oui dans quels domaines, de prévoir des nouveaux métiers ou des fonctions d'expertise attachées aux métiers existants ? Etc.

Une inscription qui marque un tournant

Inscrire dans les faits des évolutions aussi bouleversantes pour des professions plus habituées à la défense de leurs territoires et de leurs droits n'a pas été si simple et demande encore de nombreux ajustements et des retours fréquents et légitimes sur le sens de ces réformes. Malgré tout, le train est en marche et les premiers effets semblent prometteurs puisque le cadre méthodologique choisi et la volonté d'aboutir ont permis de proposer et prévoir des évolutions qui devraient contribuer à une meilleure prise en charge des questions de santé publique dans les années à venir.

La mise en place de la « validation des acquis de l'expérience » s'est faite d'abord pour les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, mais sans une grande réforme de la formation. La réingénierie du diplôme d'État d'infirmier³ a engendré une réforme importante tant dans la construction du diplôme et ses modalités pédagogiques que dans les perspectives offertes notamment grâce à la liaison effectuée avec les diplômes de l'enseignement supérieur. Ce diplôme, pour des raisons liées en particulier à la directive européenne, ne pourra faire l'objet d'une acquisition par la voie de l'expérience. Cela ne devrait pas poser le même problème pour les autres diplômes, la situation spécifique de chacun étant examinée au fur et à mesure des travaux de réingénierie⁴.

Des diplômes professionnels basés sur les compétences

La grande force de ce travail de réingénierie a été de trouver comment construire des diplômes pour qu'ils demeurent « professionnalisant » tout en les faisant évoluer vers une formation plus universitaire leur conférant ainsi un niveau plus élevé et en conséquence les attributions liées aux diplômes de l'enseignement supérieur.

Les modalités pédagogiques de l'acquisition du diplôme d'État d'infirmier ont foncièrement changé, elles mettent l'étudiant dans un rôle plus actif, l'incitant, au travers notamment du *portfolio* établi au cours des stages, à réaliser lui-même une analyse de sa progression. Les unités d'enseignement sont attachées à l'acquisition des compétences et le diplôme s'obtient par compilation de l'acquisition de l'ensemble des unités d'enseignement et des compétences évaluées en stage. Le rôle des formateurs se trouve modifié, davantage centré sur l'apprentissage à l'étude de situations professionnelles, sur l'enseignement des savoirs infirmiers, sur la formation à la recherche documentaire et sur l'accompagnement du futur professionnel dans son parcours de formation, en liaison avec l'acquisition de ses compétences.

Ce qui a été fait pour les infirmiers se poursuit pour les autres professions à travers une construction identique. La mise en évidence de compétences communes

3. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État infirmier.

4. Le ministère de la Santé et des Sports a prévu un calendrier de réingénierie de l'ensemble des diplômes paramédicaux.

à quelques professions paramédicales va permettre la construction de passerelles professionnelles basées sur l'acquisition des compétences manquantes, c'est-à-dire les compétences spécifiques à chacune des professions.

Des diplômes reliés à des grades universitaires

Les accords de Bologne sont centrés autour de la notion de grade universitaire, notion reprise dans les textes français d'adaptation de la réforme⁵. Le choix de faire entrer les paramédicaux dans la réforme universitaire a donc nécessité de travailler la maquette de formation des infirmiers avec la Direction de l'enseignement supérieur. Il a été convenu de la valider en grade de licence correspondant aux trois années de formation, et à l'acquisition des 180 crédits européens inscrits dans cette maquette. Nul n'ignore le débat, encore présent, sur la question de l'entrée complète des infirmiers dans le système universitaire. Il a été convenu, en tout état de cause, que cette façon de procéder aujourd'hui permet de valoriser davantage le diplôme d'État et son aspect professionnel, de protéger les instituts de formation en soins infirmiers en maintenant les formateurs sur leur champ de compétence et de garder les diplômes paramédicaux dans le champ géré par le ministère chargé de la Santé.

⁵ Décret n° 2002-482 du 8 avril 2002 portant application du système français d'enseignement supérieur dans la construction de l'espace européen de l'enseignement supérieur.

Arrêté du 23 avril 2002 relatif aux études universitaires conduisant au grade de licence.

Les infirmiers, comme les autres paramédicaux dès que le travail de réingénierie sera effectué, pourront ainsi accéder à des diplômes universitaires sur la base de leur grade de licence. Le travail de collaboration avec les universités se traduit par une obligation de contractualiser avec les facultés afin de faire bénéficier les étudiants infirmiers des enseignements universitaires et des avantages liés à la position d'étudiant, bibliothèque notamment. La notion de savoir infirmier apparaît clairement dans le programme sous le vocable « sciences et techniques infirmières » et les unités d'enseignement (UE) correspondantes sont traitées de la même manière que les UE des disciplines médicales ou de sciences humaines. C'est donc un défi pour le monde infirmier français que de remplir le contenu de ces unités sous une forme lisible dans le monde universitaire.

Cette construction en niveau licence permet de positionner plus facilement des niveaux master. Les métiers liés à une plus grande coopération professionnelle, qu'ils soient d'expertise, de pratique avancée ou de clinique infirmière, peuvent maintenant s'élaborer sur une base solide à la seule condition de s'établir à partir de la définition d'un référentiel d'activités et de compétences qui soit capable de montrer la différence de niveau entre le métier de base et celui qui nécessite la construction d'un diplôme de niveau sensiblement plus élevé. Ainsi, profitant d'une conjonction de facteurs favorables, les professionnels paramédicaux auront contribué à leur avenir professionnel et à l'amélioration de la qualité des soins. 

La diversité des parcours actuels de formation des professions de santé

La catégorie « professions de santé réglementées » est loin de recouvrir une homogénéité de situations. Une extrême diversité caractérise la formation et les modalités de reconnaissance institutionnelle de chacune d'entre elles.

La formation des professions médicales, médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, se déroule dans le cadre d'un *numerus clausus*.

Les professions d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes et de psychomotriciens voient le flux de leurs effectifs en formation encadrés par des quotas, mais c'est la capacité d'accueil des établissements qui détermine les flux en formation pour les autres professions.

On relève ensuite que les établissements de formation à ces professions, dont les statuts peuvent être publics ou privés, relèvent de tutelles différentes. La formation des audioprothésistes, manipulateurs en électroradiologie, orthophonistes, psychomotriciens, techniciens en analyse biomédicale relève de la double tutelle des ministères de l'Éducation nationale et de la Santé ; celle des ergothérapeutes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues relève de la tutelle du ministère de la Santé, tandis que celle des orthoptistes et des opticiens est sous la tutelle de l'Éducation nationale.

La durée des formations est également variable si l'on considère, au-

delà du nombre d'années, le nombre d'heures d'enseignement. Enfin, la nature du diplôme est différente d'une profession à l'autre. Les audioprothésistes, ergothérapeutes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicure-podologues, psychomotriciens sont titulaires d'un diplôme d'État ; les manipulateurs en électroradiologie peuvent être titulaires d'un diplôme d'État ou d'un DTS ; les opticiens sont titulaires d'un BTS ; un certificat de capacité est délivré aux orthophonistes et aux orthoptistes par les UFR de médecine ou de techniques de réadaptation. 

Martine Burdillat
Secrétaire
générale, ONDPS



Les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification

Yann Bourgueil
Directeur de l'Institut
de recherche et
documentation en
économie de la santé

Ce texte reprend en grande partie les éléments développés dans le rapport établi en septembre 2007 sur les enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, réalisé à la demande de la Haute Autorité de santé.

La coopération entre professions de santé : de quoi parle-t-on ?

L'analyse de la littérature internationale montre que les termes utilisés pour décrire les évolutions des rôles et des activités entre groupes professionnels varient selon la période et les auteurs. Ainsi, les concepts de *skill mix* [3, 11], *team work* et *interdisciplinary work* sont apparus dans les années quatre-vingt-dix. Selon Hunter [37], les réformes managériales et la mise en place d'une concurrence interne (*internal market*), inspirées du *new public management*, dont l'objectif est d'améliorer l'efficacité des systèmes de soins, ont conduit à développer le travail d'équipe et à modifier les frontières professionnelles. Dans ce cadre, l'analyse du *skill mix* (littéralement « mélange des qualifications/savoir-faire ») est fondamentale pour faire évoluer l'organisation du travail et les frontières professionnelles vers une plus grande efficacité. Ce concept se réfère aussi simultanément à la combinaison des postes dans un établissement de soins, à la combinaison des employés à un poste de travail et à la combinaison des activités de chaque professionnel [12].

L'analyse des coopérations entre professions distingue généralement deux logiques [10, 48, 51]⁶.

Une *logique de substitution* qui décrit une situation dans laquelle des tâches antérieurement réalisées par une certaine catégorie de professionnels sont réalisées par une autre catégorie professionnelle (le plus souvent des médecins vers les infirmières). Dans ce modèle, deux objectifs peuvent être poursuivis, simultanément ou non :

1. pallier des difficultés liées à une « pénurie » (ou au moins une insuffisance) de professionnels globale ou localisée et notamment dans les zones géographiques éloignées ;

2. réduire les coûts de production des soins et notamment les coûts liés à la ressource humaine.

6. Il convient de souligner que ces deux logiques peuvent aussi décrire l'évolution des activités au sein d'une même profession. Par exemple des substitutions peuvent avoir lieu entre médecins généralistes et médecins spécialistes ou entre médecins de spécialités différentes. De même, dans le cas où l'offre médicale est abondante, une diversification de l'activité peut s'opérer au sein même de la profession médicale sans délégation ni transfert.

Une *logique de diversification* qui renvoie à une extension des services offerts aux patients grâce au développement ou à la reconnaissance de nouvelles compétences chez certaines catégories de professionnels. La création de consultations infirmières dédiées pour le suivi de malades chroniques en est un exemple typique. Ces nouveaux modes de coopération ont pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge et de répondre à des besoins non satisfaits. La diversification des activités peut ainsi porter sur les procédures de suivi systématique, le développement de nouvelles activités comme l'éducation thérapeutique ou encore l'orientation des patients. En situation de pénurie professionnelle ou simplement de ressource médicale limitée, la diversification va s'opérer vers des professionnels non médecins par délégation ou transfert. La diversification correspond généralement à des activités nouvelles non dédiées à une profession en particulier.

Ces deux logiques ne sont toutefois pas exclusives. Il est ainsi fréquent de constater qu'un déplacement des tâches des médecins vers les infirmières s'accompagne aussi d'une diversification de l'activité dans la mesure où le service proposé par l'infirmière diffère du service proposé par le médecin (une consultation réalisée par une infirmière comporte plus souvent un volet conseil-éducation à la santé). De même, la diversification peut conduire, à terme, à une évolution des trajectoires de soins, certaines activités de soins nouvelles comme les consultations d'éducation thérapeutique se substituant partiellement à des recours traditionnels auprès du médecin.

Enfin, il est important de distinguer le processus de substitution selon le caractère délégué ou transféré des activités. Le transfert signifie que le professionnel qui réalise l'activité est responsable, autonome, compétent et qualifié ; la délégation signifie que le professionnel qui délègue garde la responsabilité de la décision de réaliser l'acte et que l'activité de celui qui réalise l'acte est encadrée.

Un intérêt ancien et des expérimentations de « pratiques infirmières avancées » en cours dans de nombreux pays

Dès les années soixante, de nouveaux métiers ou de nouvelles professions autorisés à prescrire ou réaliser des actes médicaux sont apparus aux États-Unis avec les assistants de médecins (*physicians assistants*) et les infirmières praticiennes (*nurse practitioners*). Les assistants des médecins sont issus des *paramedics* employés sur les champs de bataille au cours de la Seconde Guerre mondiale puis pendant la guerre du Vietnam. Ils reçoivent une formation médicale de 2 à

Rapport du groupe
de travail sur les
enjeux économiques
des coopérations
entre professionnel
de santé présidé
par Mireille Elbaum,
disponible à l'adresse
suivante : [http://
www.has-sante.fr/
portail/upload/docs/
application/pdf/
pratiques_actuelles_de_
cooperation.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pratiques_actuelles_de_cooperation.pdf)

3 ans et assistent les médecins spécialistes au sein des hôpitaux notamment pour les tâches techniques [8].

La pratique infirmière avancée recouvre schématiquement deux cas de figure : celui de l'infirmière clinicienne spécialisée qui s'inscrit dans un modèle de développement spécifique des savoirs infirmiers (*clinical nurse*) et celui de l'infirmière praticienne (*nurse practitioner*), ou de l'infirmière de santé publique (*district nurse*) qui s'inscrit en substitution et/ou en complémentarité de la pratique médicale.

L'infirmière clinicienne spécialisée possède un niveau de formation master (bac plus 5), assure des fonctions d'encadrement, de conduite de projets, d'analyse de situations complexes auprès de certains patients, de pilotage de démarches qualité et de formation. Le lieu d'exercice dominant est l'hôpital. Cette spécialisation ancienne, introduite dans les années soixante, correspond au développement de la formation et de la recherche infirmières et s'est inscrite dans un processus académique d'autonomisation de la profession. Le Québec et le Royaume-Uni ont particulièrement développé ce modèle.

L'infirmière praticienne (*nurse practitioner*) s'adresse directement aux patients ou à certains groupes de patients. La pratique avancée porte alors sur un domaine d'expertise et de soins médicaux. L'infirmière praticienne est formée au diagnostic de certaines situations, à la réalisation de certains actes diagnostiques ou de prescription dans un cadre limité ou dans des conditions d'exercice bien précisées. Elle travaille majoritairement dans les soins primaires au Royaume-Uni, en Ontario et aux États-Unis, et principalement à l'hôpital au Québec, dans le domaine de la dialyse, de la réanimation néonatale ou des soins intensifs de cardiologie.

Il semble toutefois que le nombre d'infirmières en pratique avancée relativement modeste, notamment au Royaume-Uni et au Canada qui ont cependant quitté le stade expérimental de développement du métier d'infirmière praticienne. De plus, les infirmières praticiennes éprouvent des difficultés à faire valoir une véritable identité professionnelle. Mis à part le cas de certaines provinces du Canada, comme l'Ontario qui a réglementé le cas de l'infirmière autorisée étendue (*registered nurse extended*), les titres d'infirmières praticiennes ne sont pas protégés, traduisant ainsi une faible reconnaissance institutionnelle de cette catégorie professionnelle qui semble, toutefois, susciter un intérêt croissant dans plusieurs autres pays (Finlande, Pays-Bas, Suède).

Dans un contexte radicalement différent, la politique des soins primaires, mise en œuvre dans de nombreux pays en voie de développement à la suite de la déclaration d'Alma-Ata de l'OMS en 1978, était basée à la fois sur des centres de soins primaires et des professionnels de santé infirmiers. Ces professionnels, formés et autorisés à prescrire des médicaments essentiels, exerçaient principalement en milieu rural [21] ⁷.

Les « substitutions » entre médecins et infirmières s'opèrent notamment dans le domaine des prescriptions, qui est traditionnellement réservé au corps médical, que ce soit pour les traitements médicamenteux ou pour les autres produits et matériels médicaux. Plusieurs pays se sont engagés dans le développement d'un droit de prescription limité pour d'autres professionnels, notamment les infirmières, et le plus souvent les infirmières de pratique avancée.

On peut schématiquement distinguer deux modalités principales de prescription infirmière. D'une part, la prescription indépendante, qui fait l'objet d'un transfert. Elle est confiée à une catégorie spécifique d'infirmières aux compétences étendues et formées en ce sens (infirmière autorisée étendue en Ontario, infirmière praticienne au Québec et infirmière de santé publique au Royaume-Uni et en Suède) ; la formation est spécifique, et peut être ensuite intégrée dans le processus général de formation. C'est par exemple le cas des sages-femmes en France, qui ont un droit de prescription limité et sont dans d'autres pays des infirmières spécialisées ayant un droit de prescription. D'autre part, la prescription individuelle sous contrôle (Royaume-Uni) ou collective (Royaume-Uni et Québec), qui résulte d'un accord local impliquant un ou des médecins. La prescription infirmière est alors encadrée et formalisée, et ne nécessite pas de formation complémentaire. Le décret d'acte infirmier en France reconnaît la possibilité pour les infirmières d'adapter des traitements dans le cadre de protocoles formalisés.

Des expériences dans le champ des soins primaires qui mettent l'accent sur la diversification

Quelques expériences illustrent, de façon particulièrement intéressante, le contenu des coopérations possibles en termes de diversification [10]. On peut, par exemple, citer la création, en 2000, des groupes de médecine de famille au Québec, au sein desquels sont associés des infirmières aux compétences étendues (prévention, promotion, dépistage, gestion de cas, suivi systématique des clientèles vulnérables, etc.) et une dizaine de médecins. Ces infirmières peuvent être directement salariées par les groupes ou rester salariées des centres locaux de santé communautaire et travailler au sein des cabinets de groupe. Ces groupes de médecins de famille offrent une gamme de services médicaux de première ligne, 24h/24 et sept jours sur sept. Ils ont été créés pour améliorer l'accessibilité aux soins et pour promouvoir la prise en charge globale des patients et la continuité des soins. L'objectif du ministère de la Santé québécois est qu'à terme 75 à 80 % de la population soient rattachées à l'un de ces groupes.

Au Royaume-Uni, si la place des infirmières dans le champ des soins primaires est ancienne, en particulier en ce qui concerne les soins à domicile, les champs d'intervention des différents professionnels se sont modifiés depuis le début des années quatre-vingt-dix. En effet, les réformes dans l'organisation des soins

7. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=french



primaires se sont traduites par un effort pour inciter infirmières et médecins à travailler en collaboration, avec la mise en place, pour ces derniers, d'incitations (financières) à recruter des infirmières. Elles assurent ainsi, au sein des cabinets de médecins généralistes, des consultations de premier recours pour des problèmes mineurs, le suivi des malades chroniques stabilisés ou le développement de l'éducation et de la promotion de la santé. Par ailleurs, des centres d'information, d'orientation et de promotion de la santé gérés de manière autonome par des infirmières (NHS Walk in Centers et NHS Direct) ont été créés.

Dans les pays en voie de développement qui ont été soumis à des restrictions de dépenses publiques et qui sont caractérisés par une forte émigration des professionnels de santé induisant une pénurie de main-d'œuvre considérable, la question des rôles professionnels se pose à nouveau avec acuité [73, 74, 75, 76]. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé s'est engagée dans la promotion et la généralisation du *task shifting* (transfert de tâches) afin d'améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux [31, 73, 74, 75, 76]. Les objectifs poursuivis [7] sont de faciliter la prescription des traitements antirétroviraux par les infirmières ainsi que l'administration des tests diagnostics et le suivi des patients par les *lay providers*, généralement des malades formés et rémunérés pour cela. Un projet pilote visant à analyser sur dix pays les pratiques et les conditions du développement du *task shifting* devrait à terme permettre l'élaboration de guides pour le développement des pratiques de transfert de tâches, notamment dans le domaine du sida [39].

Substitution et diversification : une efficience supérieure ou équivalente qui peut varier selon le contexte de mise en œuvre

Le développement des nouvelles formes de coopération implique, le plus souvent, une hausse des coûts à court terme : phase de formation [45] ; réponse à une demande non satisfaite (effet volume) ; développement de nouveaux rôles (effet qualité).

D'après les travaux de Sibbald [66] de revue de la littérature dans le champ des soins primaires, il apparaît que la substitution peut réduire la demande en médecins car, dans certains domaines bien définis, les infirmières peuvent dispenser des soins d'un niveau de qualité comparable à celui des médecins. En revanche, ces organisations ne permettent pas de réduire les coûts. En effet, dans le modèle de substitution, dans la mesure où la productivité des infirmières est en général moins importante, il n'y a pas d'économies réalisées même si leur salaire est inférieur à celui du médecin. Dans le modèle de complémentarité, les coûts sont plus élevés mais la qualité des soins est améliorée du fait même de l'addition de services.

Ces conclusions peuvent cependant varier selon les systèmes de santé et notamment les niveaux de rémunération des différents acteurs concernés.

Conclusion

L'évolution des rôles des professionnels de santé est à l'ordre du jour dans de nombreux pays, mais il est difficile d'en mesurer précisément les effets. Les nombreuses évaluations des expériences étrangères de coopération (au sens diversification/substitution) entre professionnels de santé recensées dans la littérature permettent toutefois de dégager quelques conclusions [10, 39, 51].

Les nouvelles formes de coopération (diversifications et substitutions) peuvent permettre de faire face à des pénuries de main-d'œuvre en répondant à des besoins qui ne sont pas pris en charge par les médecins (dans une logique de diversification). Il est également possible de dégager du « temps médecin » dans une logique de substitution, mais l'impact sur l'offre disponible dépend de l'utilisation de ce temps dégagé. La réalisation d'actes médicaux par des infirmières plus qualifiées pose également la question de la substitution entre infirmière qualifiée et autres professionnels de santé moins qualifiés [13]. Les coopérations ne permettent pas de résoudre à elles seules des difficultés liées à une pénurie localisée de main-d'œuvre. Les zones avec une faible densité médicale sont souvent des zones avec une faible densité d'infirmiers et d'autres professionnels de santé.

Enfin, à l'occasion d'une rencontre internationale récente de leaders infirmiers, sous l'égide de l'OCDE, nous avons pu constater que les termes de pratiques avancées assumées par des infirmières titulaires de masters recouvrent souvent des pratiques réalisées en France par des infirmières occupant des fonctions de cadre ou ayant acquis une grande expérience et autonomie par la pratique. Ainsi, c'est bien la question de la reconnaissance des pratiques réelles et de leur inscription dans un cadre professionnalisant et un *cursus* académique qui est en jeu dans le contexte français. 

Les aspects économiques et leurs éventuelles conséquences en termes d'efficience

De multiples travaux ont montré que des coopérations nombreuses et plus ou moins formalisées entre professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital, existent aujourd'hui. Leur reconnaissance et leur élargissement, tels que la Haute Autorité de santé l'a proposé dans sa recommandation, posent la question de la disposition des professionnels à adhérer à ces nouveaux modes d'organisation, et à les développer — dans une perspective d'efficience accrue des processus de soins — compte tenu de leurs modes de fonctionnement et de rémunération ainsi que de leurs pratiques professionnelles.

Cet article reprend un certain nombre de réflexions issues d'un rapport établi en septembre 2007 sur les enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, réalisé à la demande de la HAS. Les aspects économiques présentés ici sont de deux ordres : d'une part, ils permettent de qualifier les coopérations en fonction de leur nature et, d'autre part, ils définissent des conditions économiques nécessaires au développement de ces coopérations.

Efficience et nature des coopérations

La démographie

Si l'évolution de la démographie des professions de santé interroge la répartition des activités entre les professionnels, il s'agit toutefois d'un point de départ qui doit être largement nuancé et réinterprété.

En effet, les enjeux liés à la démographie sont loin d'être mécaniques. D'une part, les perspectives démographiques doivent être mises en regard de l'évolution de la demande de soins : prévention, vieillissement, maladies chroniques... D'autre part, même si les infirmières et/ou les pharmaciens sont présents auprès des personnes âgées ou en zone rurale, il existe une tendance à la concentration de l'ensemble des professionnels dans les mêmes zones.

Plutôt qu'une adaptation passive à la diminution prévisible du nombre de professionnels médicaux (listes d'attente), l'enjeu économique global des coopérations entre professionnels est, à cet égard, d'améliorer la qualité et l'efficience des prises en charge par le système de soins :

- en optimisant l'intervention des différentes qualifications (*skill mix*) au sein du processus de soins ;
- en faisant évoluer le contenu même des prises en charge en vue d'un meilleur rapport coût/efficacité ;
- en répondant au mieux à l'évolution de la demande des patients ainsi qu'aux attentes exprimées par les professionnels ;
- en tenant compte du progrès technique et de l'évolution des qualifications.

La question posée en termes d'enjeux économiques est donc bien celle d'une meilleure efficience du processus de soins prenant à la fois en compte l'évolution du progrès technologique et la demande des patients. Cela implique que les coopérations ne soient pas recherchées par principe mais dans des perspectives d'efficience économique accrue, c'est-à-dire d'un rapport favorable, étayé et justifié, entre les résultats et les moyens mobilisés.

Les enseignements des expériences internationales

L'analyse des expériences internationales corrobore cette première conclusion. En effet, les formes de coopération mises en œuvre au Royaume-Uni ou au Canada (qui concernent surtout la ville) ont clairement montré que les processus de délégation et de transfert ne pouvaient, au bout du compte, s'analyser de façon statique comme une simple substitution d'un professionnel à un autre. En effet, ils sont généralement porteurs :

- d'une modification de la nature même de la prise en charge (par exemple, contenu de la consultation infirmière, explications données aux patients, fréquence et durée...);
- d'une diversification d'activités complétant la gamme des soins et des modes de prise en charge, en amont ou en aval des soins antérieurement réalisés ;
- d'un développement de nouveaux « métiers », en particulier dans le champ de la prévention, de l'éducation thérapeutique, du suivi des malades chroniques, du *disease management* et de l'observance des traitements (par exemple, infirmières praticiennes au Royaume-Uni).

Si les coopérations représentent un enjeu économique certain, la probabilité de réaliser, par leur biais, des économies en matière de dépenses de santé apparaît, dans cette perspective, relativement faible. En tout état de cause, une vision statique des économies possibles comme la substitution entre actes médicaux et paramédicaux apparaît peu réaliste à moyen terme.

Coopérations et rémunération des activités de soins

Les enjeux des coopérations en ville

L'analyse des expériences internationales montre que les coopérations se sont surtout développées dans des contextes où les professionnels médicaux et non médicaux exercent au sein de structures communes avec des modes de rémunération forfaitaire (salarial ou capitation) ou au moins mixtes (c'est-à-dire avec un paiement à l'acte et un paiement forfaitaire).

Dans le cadre du paiement à l'acte *stricto sensu*, des modalités spécifiques — en fonction de la nature des activités déléguées et des coopérations engagées

Sandrine

Chambaretaud

Chef de projet à la Haute Autorité de santé lors de la réalisation de ce travail

Rapport du groupe de travail sur les enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé présidé par Mireille Elbaum, disponible à l'adresse suivante : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pratiques_actuelles_de_cooperation.pdf



— doivent être envisagées pour que les coopérations préservent l'équilibre économique des professionnels concernés.

Pour certains actes cliniques simples, le caractère forfaitaire de la nomenclature actuelle n'incite pas forcément à la délégation d'actes peu consommateurs de temps et tout aussi rémunérateurs que d'autres actes plus complexes. La nomenclature des actes libéraux devrait donc être adaptée afin que les médecins soient incités à déléguer ces actes et que les autres professionnels y trouvent aussi un intérêt financier. Concrètement, cela implique sans doute l'établissement d'un nouveau tarif, inférieur à celui de l'acte ou de la consultation médicale de droit commun, mais supérieur à celui des actes habituellement pratiqués par les paramédicaux.

Pour les actes techniques, les modalités actuelles de tarification, qui comprennent des règles de non-cumul ou de cotation dégressive, sont *a priori* plus favorables à d'éventuelles délégations. Ces délégations peuvent s'effectuer soit *via* les mécanismes de prescription classiques, soit grâce à l'élargissement des compétences dévolues aux professionnels paramédicaux. Cependant, si la délégation de ce type d'actes ne semble pas poser de problème économique pour les professionnels, les risques de dérive des dépenses sont réels pour la collectivité : l'éclatement entre plusieurs professionnels d'une rémunération aujourd'hui partiellement forfaitisée implique sans doute, là encore, la fixation de tarifs « intermédiaires » et de règles de bonne pratique.

Les activités plus complexes, ou les nouvelles activités dont le contenu ne peut pas être entièrement décrit à l'avance et/ou nécessitant la supervision d'un médecin (comme l'éducation thérapeutique ou le suivi de patients atteints de pathologies chroniques), impliquent, quant à elles, un financement en dehors du seul cadre de la nomenclature.

Une première option est de verser aux médecins des forfaits correspondant à la prise en charge globale de certains patients (comme les malades en ALD ou les patients diabétiques), cette prise en charge prévoyant explicitement l'intervention d'autres professionnels de santé (consultations infirmières de suivi ou d'éducation thérapeutique, prévention...).

La deuxième option repose, à l'image de ce qui a été fait pour certaines maisons médicales, sur la mise en place d'incitations (par exemple, le financement des frais fixes) au regroupement de professionnels de santé médicaux s'associant, au sein de cabinets pluridisciplinaires, à des professionnels paramédicaux.

Au niveau collectif, la fixation optimale de ces modes de tarification dépend donc de la nature des actes concernés par les coopérations, de l'équilibre démographique et économique des professions concernées, et de la pression de la demande. Il est probable que, au moins dans un premier temps, le développement des coopérations en ville augmente, comme à l'hôpital, le volume global des activités de soins, et donc les dépenses totales. Cela est en particulier lié au fait que

le développement des coopérations est susceptible de diversifier la gamme des soins et des modes de prise en charge dans des domaines comme le suivi des malades chroniques ou l'éducation thérapeutique. Cette augmentation d'activité peut être positive s'il s'agit d'accroître la qualité des soins ou de répondre à une demande de soins qui risque de ne plus être satisfaite suite à la diminution de l'offre médicale. Cela implique toutefois que les coopérations ne soient pas forcément recherchées par principe, mais dans une perspective d'efficacité économique accrue, au sens du rapport entre les résultats obtenus et les moyens mobilisés.

Les enjeux économiques de la coopération entre professionnels de santé en ville se situent donc surtout au niveau de l'adaptation des tarifs et du financement des coopérations. Il est peu probable qu'à court/moyen terme celles-ci permettent de diminuer les dépenses de santé. Un raisonnement statique, consistant en termes de coûts à envisager le simple basculement d'une consultation médicale à une consultation paramédicale, paraît en tout état de cause peu réaliste, dans la mesure où il n'est pas forcément incitatif pour les professionnels de santé et où ce raisonnement néglige l'évolution quantitative et qualitative de l'offre de soins découlant des coopérations.

Les enjeux des coopérations à l'hôpital

Même si l'objectif initial des coopérations entre professionnels de santé ne relève pas d'arguments strictement économiques et encore moins financiers, il importe d'examiner comment le mode de financement des établissements de santé et en particulier la T2A, qui vise à promouvoir des organisations plus efficaces, sont susceptibles de les prendre en compte.

D'un point de vue théorique, cet impact est différent selon que les coopérations renvoient à une logique de substitution (comme la réalisation de tout ou partie d'un acte technique) pouvant entraîner des gains de productivité ou à une logique de diversification de l'activité (suivi des malades atteints d'affections chroniques, prévention, nouvelle organisation des soins) pouvant entraîner des gains d'efficacité.

Dans le premier cas, on pourrait s'attendre à générer un certain gain financier en remplaçant des heures de médecins par des heures d'infirmières. Cela suppose toutefois que :

- le différentiel de rémunération entre les deux professionnels est significatif — on n'est pas dans le cas où l'on échange des heures de médecin peu rémunéré (début de carrière, médecin étranger moins payé) contre des heures d'infirmière chevronnée ;

- le temps médecin libéré est effectivement consacré à une autre activité de soins. Or, compte tenu de leurs nombreuses charges, les médecins estiment souvent que leur activité de soins est trop importante par rapport à leurs autres missions, comme l'enseignement, la recherche ou la formation continue. Il n'est donc pas certain que ces temps « économisés » seraient réaf-

fectés vers les soins, ni *a fortiori* qu'ils permettraient de prendre en charge de nouvelles activités.

Dans le second cas, les coopérations se traduisent par le développement de nouvelles activités. Cette diversification ne permet donc pas d'envisager de diminution de l'activité globale et des dépenses mais, au contraire, leur augmentation. Des gains d'efficience peuvent toutefois être obtenus dès lors que l'on intègre l'amélioration de la qualité des soins dans l'indicateur de production des soins hospitaliers.

Cette approche théorique de l'impact économique et financier des coopérations à l'hôpital doit de plus être nuancée par l'analyse concrète des modalités de financement des établissements de santé. En effet, la mise en œuvre effective des outils de tarification ne permet probablement pas à court terme d'observer et de tenir compte des coopérations entre professionnels de santé.

Ce n'est que dans le cadre d'une généralisation à moyen/long terme des coopérations à un nombre important d'établissements que les coûts hospitaliers pourraient se trouver infléchis grâce aux gains de productivité ainsi réalisés au plan collectif, avec une possibilité de rétroaction sur les tarifs. Ces derniers devraient toutefois prendre aussi en compte les nouvelles qualifications ou les évolutions de carrière liées aux coopérations, qui pourraient donner lieu à une reconnaissance statutaire.

Conclusion

Si les nouvelles formes de coopération représentent des enjeux économiques en termes de rapport coût/efficacité, il est peu probable qu'elles permettent de réaliser des économies financières immédiates.

On ne peut en effet raisonner sur la base d'un calcul statique de substitution « à volume constant » entre

des actes effectués par des médecins et par des paramédicaux, et ce pour plusieurs raisons. En premier lieu, même dans le cas d'une « pure » substitution, une incertitude demeure sur le temps médical réellement libéré, sur son affectation et sur les différentiels de productivité (la durée des consultations infirmières est, par exemple, supérieure à celle des médecins). Par ailleurs, les expériences internationales et l'évaluation des expérimentations en France font plutôt état d'une propension à accroître le volume et la gamme des activités de services et de prise en charge. Cela implique, dans notre système, des dépenses supplémentaires dont il est, par ailleurs, important d'apprécier la pertinence (observance, éducation pour la santé).

Enfin, il existe des dépenses spécifiques à prévoir pour le bon fonctionnement du système de coopérations :

- la formation, surtout en cas de généralisation ;
- le temps de coordination au sein des équipes de soins, qui apparaît crucial même quand existent des protocoles encadrant précisément les prises en charge, et qui l'est encore davantage pour les collaborations de nature plus générale ou plus large ;
- la reconnaissance, y compris financière, des nouveaux métiers et nouvelles qualifications apparaissant à cette occasion. Aujourd'hui, la principale voie de promotion infirmière est liée à des fonctions organisationnelles (cadre de santé). La création d'une ou plusieurs filières de promotion de niveau master par des qualifications « cliniques » (par exemple, infirmière référente pour le suivi de malades chroniques ou la réalisation de consultations infirmières) implique, sans nul doute, un coût lié à la reconnaissance de ces métiers — par ailleurs indispensable à leur acceptation et à leur prise en compte dans les filières de soins. 



Le processus d'expérimentation et ses conclusions

Les expérimentations menées par l'Observatoire national de la démographie médicale visaient à tester une nouvelle répartition des rôles entre professionnels de santé. Elles ont abouti à des recommandations formulées par la Haute Autorité de santé et un processus de généralisation par la loi HPST.

La reconnaissance des pratiques informelles pour une nouvelle régulation des professions de santé ?

Yann Bourgueil
Directeur de l'Institut
de recherche et
documentation en
économie de la santé

La mise en œuvre d'expérimentations visant à objectiver et tester une nouvelle répartition des rôles entre professions de santé, dans un cadre législatif et réglementaire précis, a constitué une démarche ambitieuse et inédite en France. Le communiqué du ministre Mattéi de décembre 2003 envisageait, selon les résultats obtenus à l'automne 2004, l'engagement d'une large concertation avec les représentants professionnels concernés pour examiner avec eux les conditions d'un éventuel élargissement des transferts de compétences. De fait, le processus expérimental a été plus long que prévu puisqu'il a débouché sur une recommandation quatre années plus tard en 2008, et fait aujourd'hui l'objet d'un processus de généralisation dans le cadre du projet de la loi PST.

Nous proposons dans ce texte de mettre en lumière certains aspects qui peuvent à la fois éclairer le déroulement du processus d'expérimentation, les enjeux soulevés par la redéfinition des rôles des professions de santé et également apporter quelques enseigne-

ments sur la notion d'expérimentation pour conduire des processus de réforme dans le système de santé.

Un processus volontariste, porté par l'échelon politique et la dynamique médicale

La mission menée par le professeur Berland a identifié en 2003 des professionnels de santé, principalement des médecins hospitaliers chefs de service, porteurs de projets innovants dans le domaine de l'organisation des soins et notamment une nouvelle répartition des tâches entre médecins et non-médecins. Auditionnés dans le cadre de la mission sur les pratiques menées dans leurs services et leurs projets d'organisation, ils ont été invités à rejoindre le processus d'expérimentation initié par le ministre de la Santé. Un groupe de suivi a alors été constitué avec pour mission de définir le cadre dérogatoire et les modalités d'évaluation des expérimentations¹.

1. Il comprenait initialement des membres de l'Anaes, du Haut Comité de santé publique, du Credes et du bureau des professions de la DGOS,

Le 16 décembre 2003, une réunion inaugurale a été organisée en présence du ministre et de l'ensemble des promoteurs de projet. Il était notamment annoncé que les expérimentations se feraient dans un cadre autorisant l'exercice illégal de la médecine, avec l'introduction d'un article spécifique dans la loi de 2004. Un arrêté pris en application de cet amendement devant décrire notamment les actes faisant objet de dérogation, les modalités de l'expérimentation et de l'évaluation.

Hormis le cadre légal, le dispositif initial apparaît modeste en termes de ressources. La réalisation des expérimentations reposait principalement sur l'engagement des équipes de terrain, qui vont alors consacrer du temps pour participer aux réunions de pilotage, travailler avec l'équipe de coordination pour modéliser leurs pratiques ou leurs projets.

Des options méthodologiques initiales adaptées au cadre réglementaire des expérimentations et aux ressources disponibles

Après les premières rencontres de travail avec les équipes, début 2004, face à l'hétérogénéité des projets qui ne sont alors pas tous au même niveau d'avancement et de maturité, et en raison de l'hétérogénéité des ressources disponibles en région, les options méthodologiques suivantes ont été retenues.

La première option a été de formaliser les projets et leur évaluation dès leur conception selon un canevas commun

L'exigence de formalisation initiale a été renforcée par la nécessité de préciser la nature des actes devant faire l'objet d'une dérogation aux décrets d'actes dans le cadre de l'arrêté. Ce travail très précis et exigeant a permis de constater que certains projets, par exemple la télétransmission d'images scanner en urgences, conçue initialement comme relevant de la délégation ou du transfert de tâches, n'envisageaient qu'une nouvelle organisation des soins.

Il s'agissait également de formaliser l'évaluation des projets *a priori* et de préciser à la fois les indicateurs permettant de mesurer l'atteinte des objectifs et les méthodes de recueil des données. Chaque équipe a également formalisé le protocole d'évaluation en définissant la situation de référence, la population incluse, et les critères de jugement dans les cinq dimensions suivantes ; les résultats médicaux pour les patients (qualité/sécurité de la prise en charge), la satisfaction des acteurs et des usagers, l'acceptabilité de la modification de l'organisation des soins, l'impact organisationnel, l'impact économique et les conditions d'une généralisation.

La deuxième option méthodologique a consisté à mettre en avant les dimensions précitées dans le cadre d'évaluation

En effet, la modification de la répartition des actes entre professionnels de santé, dans le cadre des processus

de soins, ne pose pas que des questions de sécurité et de qualité. Si cette dernière dimension d'évaluation est incontournable et doit être analysée, car il s'agit avant tout de protéger les malades, les effets sur l'organisation dans son ensemble, les autres professionnels et le coût des soins sont essentiels dans le cadre d'une réflexion plus générale. De plus, certains projets ne comportaient à l'évidence pas beaucoup de risques pour le patient (cas de la consultation diététique dans le suivi du patient diabétique ou de la mesure de la réfraction oculaire par l'orthoptiste) et ce sont tout autant les dimensions organisationnelles, l'acceptabilité par les professionnels et les aspects économiques qui sont en jeu. Le cadre de référence adopté s'est inspiré de celui des travaux relatifs à l'évaluation des réseaux de soins [2, 49] (Credes-Image et Anaes).

De fait, en pratique, il a été difficile d'explorer simultanément l'ensemble des dimensions dans chaque projet. Soit que ces dimensions n'étaient pas toutes pertinentes dans le projet, soit que les ressources étaient insuffisantes. La réalisation d'entretiens semi-directifs auprès des différents acteurs impliqués que sont les professionnels et les patients, le recueil des coûts, la mesure des temps, voire l'observation directe des situations de travail nécessitent des compétences variées et des moyens humains qui n'étaient pas toujours accessibles. L'implication de la toute récente HAS en 2006 a permis de compléter ces dimensions de l'évaluation pour la deuxième vague d'expérimentations.

Le troisième choix méthodologique a consisté à définir la démarche d'évaluation comme visant principalement à évaluer la faisabilité d'une délégation ou d'un transfert de tâches

Il est rapidement apparu que la réalisation de protocoles expérimentaux, en se comparant avec une situation de référence selon le modèle avant/après, et/ou, ici/ailleurs, ou selon le modèle de l'essai clinique randomisé, était illusoire dans la plupart des cas. Les projets portaient le plus souvent sur un service, avec un petit nombre de patients, et un ou deux professionnels paramédicaux. Il ne s'agissait donc pas de faire la preuve selon les critères communément admis dans le champ médical de l'essai clinique randomisé, mais plutôt de modéliser de nouvelles organisations de travail, de les tester et de témoigner de leur faisabilité en contrôlant les conditions de sécurité et de qualité pour les patients. L'accent a donc été mis, dans les projets, sur la définition des fiches de postes, la sélection et la formation des professionnels de santé, ainsi que la mise en place de procédures de contrôle (staffs réguliers, accessibilité des médecins en cas de doute). L'évaluation en termes de résultats n'étant pas toujours possible, l'évaluation a porté sur la documentation des dysfonctionnements, le contrôle du respect des procédures de communication entre médecin et paramédical, et le recensement au cas par cas des incidents attribuables à la nouvelle organisation des soins.



Un long temps de mise en œuvre expliqué par le cadre législatif, le cadrage politique et une mobilisation active des corps professionnels

L'élaboration et la mise en œuvre des expérimentations a nécessité un temps plus long que prévu initialement, en raison de l'agenda législatif (la loi ayant été votée en août 2004) mais également de la succession de quatre ministres, et donc de quatre cabinets différents, sur une période de cinq ans (Mattéi, Douste-Blazy, Bertrand, Bachelot). Les expérimentations étant autorisées par un arrêté signé par le ministre de la Santé, leur démarrage officiel était conditionné par une décision politique.

Parallèlement, l'annonce de ces expérimentations a suscité de nombreux débats et sollicitations de la part de multiples acteurs du champ de la santé désireux de faire valoir leurs expériences et pratiques de terrain. Nous avons pu, à cette occasion, constater l'importance des initiatives et des projets locaux visant à redistribuer les rôles et les tâches entre professionnels pour faire face à une augmentation, mais aussi à une évolution, de la demande de soins. Il a donc fallu en quelque sorte résister aux demandes d'inscriptions de projets nouveaux dans le cadre expérimental fixé en 2003.

À une échelle plus politique, les réactions des organisations professionnelles et syndicales aux projets inscrits dans le cadre des expérimentations ont mis en lumière les craintes mais également les attentes vis-à-vis d'une évolution des rôles et des responsabilités. Les clivages ne se faisaient pas entre groupes professionnels (médecins, paramédicaux) mais plutôt, au sein de chaque groupe, entre les tenants d'une prise en compte des pratiques réelles et des contraintes à venir et les défenseurs de l'ordre établi. L'équipe de l'ONDPS a alors été amenée à intervenir en de nombreuses occasions et auprès d'instances variées, pour présenter la démarche d'expérimentation.

Le délai de parution de la loi, l'obtention des financements par les agences régionales de l'hospitalisation, la finalisation des protocoles, l'obtention d'accords locaux ainsi que la précision des éléments véritablement dérogeant par les équipes ont permis de finaliser sept expérimentations à l'automne 2004, dont cinq ont été inscrites dans un premier arrêté d'expérimentation. Devant l'importance des ressources et moyens nécessaires au suivi des dix expérimentations incluses dans l'arrêté de 2006 et leur mise en perspective pour généralisation, il est apparu nécessaire de faire appel à la toute nouvelle Haute Autorité de santé, qui a reçu en 2006 mission de produire une recommandation sur la coopération des professions de santé.

Un enjeu principal de reconnaissance des pratiques informelles pour une adaptation du cadre de régulation des professions de santé

Comme dans toute activité professionnelle, il existe dans le domaine du soin un écart entre le travail prescrit et le travail réel. Les compétences et les savoirs acquis des professionnels en situation de travail leur permettent

de faire face aux aléas et aux situations inattendues en dépassant les limites du cadre réglementaire de leur profession. Plus généralement, l'histoire des professions de santé montre que l'art de guérir et de prendre soin est en constante évolution avec celle des savoirs et des techniques des sciences biomédicales. La spécialisation continue des activités autour de techniques, voire de maladies ou de situations nouvelles concerne la profession médicale, mais également les métiers d'«auxiliaires médicaux» qui ont été développés par le transfert progressif et partiel des techniques et savoirs médicaux à des non-médecins.

Les professionnels paramédicaux ont ainsi toujours été amenés à assumer des tâches et des responsabilités nouvelles, parfois en décalage avec leur formation initiale et le cadre de leur profession qui détermine leur champ de compétence, leur niveau de responsabilité et leur niveau de rémunération.

La démarche initiée par les expérimentations de coopération des professions de santé vise de façon novatrice à adapter le cadre de régulation des professions de santé en alimentant ce processus éminemment politique par une meilleure objectivation des pratiques informelles et notamment des tâches et responsabilités effectivement assumées par des professionnels de santé non médecins.

Il s'agit en quelque sorte de regarder littéralement les choses en face, en l'occurrence les pratiques, avec une certaine exigence de «vérité», pour conduire une réforme du cadre de régulation des professions de santé.

Les initiatives de terrain qui constituent les expérimentations portaient pour une grande part sur des pratiques informelles de substitution des tâches déjà anciennes, notamment dans le secteur hospitalier public. L'enjeu est donc de les décrire précisément, d'évaluer la qualité et la sécurité des soins qu'elles engagent et de les confronter au cadre réglementaire existant afin de mettre ainsi en évidence les adaptations nécessaires de ce dernier.

Ce type d'approche est assez nouveau dans le contexte français. *A contrario* de ce que nous montre la littérature internationale, il existe très peu de travaux documentés en France sur les motivations, les organisations et les effets de nouvelles formes d'organisation des soins faisant appel à une délégation d'activité des médecins à d'autres professionnels de santé.

De l'usage de la notion d'expérimentation dans une visée réformatrice

La répartition des rôles et de tâches entre professionnels de santé contribue à définir l'identité des professions de santé, leurs territoires respectifs et leurs niveaux de rémunération. Dans le secteur libéral, où domine la rémunération à l'acte, toute perspective de redistribution des tâches pose en creux la question des niveaux de rémunération. Pour certains, la reconnaissance des substitutions informelles entre professionnels qualifiés et professionnels moins qualifiés avec une meilleure valorisation de ces derniers peut conduire à réduire à

terme la rentabilité de certaines organisations informelles en place. Pour d'autres, la réalisation d'un même acte par un professionnel moins qualifié peut conduire à une baisse de la valeur de l'acte et donc une moindre rémunération ou au redéploiement de leur activité ce qui n'est pas toujours possible². Les enjeux économiques et de revenus sous-jacents à la répartition des tâches entre professionnels sont néanmoins rarement explicités et conduisent à des prises de position radicales faisant souvent appel aux notions de sécurité, qualité et responsabilité. Le risque de la réalisation par des professionnels non médecins d'actes médicaux devient alors l'argument officiel principal des opposants à l'évolution des rôles professionnels.

L'intérêt d'un processus d'expérimentation, en objectivant des situations qui sont le plus souvent fantasmées ou volontairement floues, est alors de contribuer à démêler les dimensions en jeu (économiques, organisationnelles, de qualité des soins, de formation), les resituer à leur juste place et de permettre ainsi un débat plus proche de la réalité de la pratique et plus responsable vis-à-vis des besoins de santé de la population. La publication large des méthodes, des résultats et des réflexions qui ont été menées à l'occasion des expé-

2. C'est le cas par exemple des ophtalmologues, qui n'ont pas été formés à la pratique de la chirurgie, et dont l'activité de prescription de lunettes constitue une part importante de l'activité.

mentations de coopération des professions de santé a ainsi permis de débattre à de nombreuses occasions avec les professionnels de santé et leurs représentants des enjeux soulevés et des solutions possibles.

Le temps nécessaire à la mise en œuvre des expérimentations, qui s'est avéré beaucoup plus long que ce qui avait été initialement projeté, montre également que, pour aboutir, une telle démarche doit être cadrée initialement dans une visée précise, largement communiquée et portée à un haut niveau politique pour résister aux aléas des changements de gouvernement et aux multiples groupes de pression.

De fait, loin d'une démonstration sans appel permettant de conclure définitivement, c'est un processus de transformation progressif, potentiellement de grande ampleur pour les professions de santé, à mettre en lien avec les réformes de la formation et l'évolution des formes d'exercice et de rémunération – également en cours –, qui a été engagé avec les expérimentations de coopération des professions de santé. Ces projets en apparence modestes, parce qu'ils sont portés par des professionnels de santé à partir de situations concrètes, ont eu un large écho dans le monde professionnel. Ils mettent également en lumière l'importance de la ressource humaine dans le fonctionnement des services de santé et donc de sa régulation comme outil et levier de toute politique de santé. 

Recommandation de la HAS : vers une évolution des métiers et des rôles professionnels

A la demande du ministre de la Santé, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié sur son site en avril 2008, en collaboration avec l'ONDPS¹, une recommandation intitulée : *Délégation, transferts, nouveaux métiers Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?*. Cette recommandation a conduit à souligner tout l'intérêt d'une évolution des métiers et des rôles professionnels et la nécessité d'accompagner ce changement, tant par la formation que par la modification des règles juridiques et de rémunération. L'objet de cette contribution est de retracer les principales étapes de la production de cette recommandation² et d'en tirer quelques enseignements en vue de la mise en œuvre de l'article 51 de la loi HPST.

Contexte

Cette recommandation s'est inscrite dans la lignée des travaux initiés depuis la publication en 2002 du rapport de la mission « Démographie des professions de santé » [5]. Ce premier rapport a établi un état de la question à partir de l'analyse de la situation internationale et d'une série d'auditions de professionnels de santé. Les travaux ultérieurs ont permis de préciser des modalités concrètes d'expérimentations sur les délégations de tâches, formulées dans la loi d'orientation en santé publique du 9 août 2004. Un premier arrêté d'application en décembre 2004 a autorisé la dérogation temporaire dans ce cadre expérimental de cinq projets portés par des équipes médicales volontaires. L'ONDPS a encadré le travail de formalisation et d'évaluation des expérimentations qui se sont déroulées en 2005 et son rapport de juillet 2006 a conclu que « tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des

Laurent Degos
Claude Maffioli
Lise Rochaix
François Romaneix
Catherine Rumeau-Pichon
Fabienne Midy
Sandrine Chamberetaud
Haute Autorité de santé

1. Observatoire national des professions de santé.

2. La recommandation est disponible sur le site de la HAS et la synthèse est reproduite page suivante.



Évolution des métiers de la santé : coopérations entre professionnels

actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins » [4]. L'arrêté du 30 mars 2006 a étendu la démarche expérimentale à dix nouveaux projets avec la reconduction de trois projets issus du précédent arrêté.

Mandat

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

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

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

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

3. Ce comité, présidé par Claude Maffioli, membre du Collège de la HAS, et Yvon Berland, président de l'ONDPS, était composé de Yann Bourgueil, chargé de mission ONDPS, Philippe Michel, HAS, directeur de l'évaluation des stratégies de santé, Lise Rochoaix, membre du Collège de la HAS, François Romaneix, directeur de la HAS, Catherine Rumeau-Pichon, adjointe au directeur de l'évaluation médico-économique et de la santé publique.

Synthèse de la recommandation

1. Introduction

1. Cette recommandation traite des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, définies comme une nouvelle répartition de tâches existantes ou la répartition de nouvelles tâches entre professionnels de santé. Elle s'inscrit donc dans la problématique générale de l'amélioration de l'organisation des soins.

2. Dans un contexte où se mêlent l'apparition de nouveaux « besoins » de santé, l'évolution de la demande adressée aux professionnels, des progrès technologiques importants et la diminution annoncée du nombre de médecins, cette question mérite une attention toute particulière.

3. Les enjeux des nouvelles formes de coopération sont multiples :

- L'amélioration de la qualité des soins est recherchée en favorisant le développement de certaines activités (l'éducation thérapeutique par exemple) et/ou la réorganisation de la prise en charge des patients (par exemple pour le suivi des maladies chroniques).

- Si l'on ne peut attendre de ces nouvelles formes de coopération une réduction immédiate des dépenses de santé, en raison notamment des besoins en formation, le maintien voire l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients constitue un objectif premier et essentiel en termes d'efficience du système de santé.

- L'évolution des pratiques, grâce aux nouvelles formes de coopération, représente un élément clef d'attractivité des professions. Pour les médecins, elles peuvent contribuer à améliorer les conditions d'exercice, en développant l'exercice pluri professionnel et en leur permettant de privilégier les activités purement médicales. Pour les autres professions de santé, l'accroissement des missions et la reconnaissance de l'évolution des compétences offrent des possibilités d'évolution de carrière autres que les seuls postes d'encadrement.

2. Des conditions actuelles d'exercice peu propices à une évolution des pratiques

1. Les conditions de formation initiale des professions de santé créent d'emblée une séparation entre les médecins, dont la formation relève d'une filière universitaire longue (9 à 11 ans), et les professions paramédicales, dont la formation correspond à des filières professionnelles plus courtes (3 ans en moyenne). Il n'existe que peu de passerelles, à l'exception de celles mises en place à l'issue de la première année de médecine.

2. Le cadre juridique de l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé est construit en référence aux diplômes et à la notion de « monopole médical ». Le monopole médical est défini comme une exonération légale au

principe de protection de l'intégrité corporelle des personnes, c'est-à-dire que seuls les médecins sont autorisés à porter atteinte à cette intégrité. Dans le Code de santé publique, le périmètre d'exercice des autres professions de santé est défini en dérogation à ce monopole.

3. Les modes de rémunération des professionnels de santé, tant en ville qu'à l'hôpital, offrent *a priori* peu de place au développement de nouvelles formes de coopération. En ville, ils sont construits autour de l'exercice individuel et, à l'hôpital public, ils sont déterminés en fonction des statuts plutôt que des missions.

4. Il est possible de modifier de manière conjoncturelle le cadre existant pour développer les nouvelles formes de coopération au cas par cas. Cette modification peut concerner le domaine juridique (introduction d'un acte dans un décret d'exercice), la formation ou les conditions de financement des soins (création d'un acte dans la nomenclature), mais cette approche est nécessairement limitée à des ajustements ponctuels et sa généralisation en routine nécessiterait de mettre en place un système complexe.

5. Il apparaît, dès à présent, souhaitable de pérenniser l'activité dérogatoire mise en place dans les sites expérimentateurs, sous réserve que les équipes en fassent la demande officielle auprès du ministère de la Santé et que la HAS et/ou l'ONDPS

Typologie des expérimentations

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

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

Neuf des expérimentations étudiées ont concerné le

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

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

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

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

valide l'expérimentation sur la base de son évaluation.

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

1. Seule une approche structurelle, qui repose sur la production d'un nouveau cadre de référence professionnel, est à même de répondre de manière cohérente et pérenne aux enjeux de qualité, d'efficacité et d'attractivité.

2. Les travaux nécessaires à la rénovation de l'organisation des professions de santé doivent être initiés le plus rapidement possible avec l'ensemble des partenaires institutionnels et professionnels.

3. L'élaboration d'un nouveau cadre de référence professionnel passe par la révision fondamentale et simultanée des trois piliers de l'organisation des professions de santé : le système de formation, le cadre juridique et les conditions économiques d'exercice.

4. Le système de formation des professionnels de santé doit être repensé dans le cadre du dispositif licence-master-doctorat (LMD), selon un continuum de compétences répondant aux besoins de santé publique actuels et à venir, avec en particulier le développement de formations de niveau master et de filières de recherche. Ainsi, il convient de définir des champs prioritaires pour le développement des nouvelles

formes de coopération en fonction des besoins ou des priorités de santé publique identifiés par les acteurs concernés (autorités de tutelle, patients et professionnels de santé) ; de construire des référentiels métiers et compétences permettant de répondre aux besoins identifiés ; de développer une offre de formation adaptée aux enjeux.

5. Le cadre juridique doit dépasser l'approche nécessairement restrictive d'une liste d'actes autorisés par profession pour évoluer vers une logique mixte, définissant également les professions de santé par les missions qui leur sont confiées. À ce titre, il convient de modifier l'article L. 4161-1 du Code de la santé publique. Les nouvelles formes de coopération appellent aussi une évolution des règles déontologiques, pour l'ensemble des professions concernées, et renforcent le besoin d'une régulation professionnelle organisée.

6. Les conditions de financement et de rémunération des professionnels de santé doivent inciter au développement des nouvelles formes de coopération. Dans le secteur ambulatoire, il convient d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération qui laissent une place à d'autres éléments que le paiement à l'acte. À l'hôpital, si la tarification à l'activité peut constituer un moteur pour le développement des coopérations, il apparaît cependant nécessaire de modifier les règles de rémunération des professionnels pa-

ramédicaux dans le secteur public. Enfin, dans ces deux secteurs, il importe de tenir compte des activités liées à la coordination.

4. Pour un développement des nouvelles formes de coopération qui améliore la qualité du système de santé

1. Les évolutions du cadre d'exercice des professions de santé constituent un socle indispensable pour créer des conditions favorables au développement des nouvelles formes de coopération. La mise en œuvre des nouveaux métiers et des nouveaux rôles professionnels permis par ce cadre doit être accompagnée. La définition des modalités concrètes de développement de ces nouvelles formes de coopération est nécessaire dans un objectif de qualité.

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

3. Il convient d'intégrer le développement des nouvelles formes de coopération dans le cadre des réflexions actuelles sur l'organisation des soins, et notamment celles concernant les parcours de soins.

4. Il est nécessaire d'évaluer l'impact des nouvelles formes de coopération sur l'ensemble du système de santé en termes de qualité des soins et d'efficacité.



Évolution des métiers de la santé : coopérations entre professionnels

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

Méthode

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

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

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

L'évaluation des expérimentations de coopération entre professionnels de santé

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

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

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

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

Une enquête a été lancée sur le site de la HAS sur les pratiques actuelles de coopération entre professionnels de santé. Cette enquête, déclarative et sans discrimination des répondants, a permis de souligner l'intérêt des professions de santé pour cette question avec le recueil de 334 témoignages. Ces témoignages indiquent l'existence, dans certains secteurs, de pratiques de coopération relativement répandues, bien qu'à la marge des pratiques officiellement autorisées.

Les travaux originaux de groupes d'expertise

Trois facteurs déterminants du développement des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ont été identifiés : *le cadre juridique de l'exercice des professions de santé, les formations dont bénéficient les professionnels de santé et le contexte économique et organisationnel de l'exercice des professionnels*. Sur chacun de ces thèmes, un rapport a été produit par un groupe de travail afin de proposer un état des lieux, d'identifier les freins au développement des nouvelles formes de coopération et les évolutions « souhaitables » à court et à long terme⁵. Les travaux de ces groupes

5. Les travaux des trois groupes ont été conduits en toute indépendance sous la responsabilité de leurs présidents respectifs. À ce titre, ils n'engagent que leurs auteurs. Cf. « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », note de synthèse du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum, décembre 2007 ; « Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques », rapport du groupe de travail présidé par Claude Evin, décembre 2007 ; « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », rapport du groupe de travail présidé par Yvon Berland, décembre 2007. Ces trois rapports sont disponibles sur le site de la HAS

Les contraintes de la méthode

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

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

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

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

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

sont présentés dans certaines des contributions à ce numéro.

La consultation publique

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

Les principaux résultats

Les résultats sont d'une double nature :

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

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

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

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

- un état des lieux sur les conditions de l'exercice des professions de santé et les opportunités et les limites au développement des nouvelles formes de coopération ;

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

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

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

Le retour d'expérience

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

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

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

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



Coopérations et loi HPST : perspectives du déploiement des coopérations

Marie-Andrée Lautru

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

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

Une démarche cohérente

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

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

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

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

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

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

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

Le dispositif juridique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La mise en œuvre

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

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

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

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

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

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

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

Les attentes

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

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

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

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



Expériences concrètes

Focus sur des expérimentations de coopérations entre professionnels en milieu hospitalier ou libéral, dans le cadre régional ou d'un programme de santé publique.

L'infirmière référente en neuro-oncologie à la Pitié-Salpêtrière

Chrystelle Lecaille
Infirmière référente

Pr Jean-Yves Delattre

Chef du service

Sylvie Lebesgue
Cadre supérieur de santé

Joëlle Perennes
Infirmière référente

Marie-Dominique Cantal Dupart
Infirmière référente

Service neurologie 2,
Pôle MSN,
groupe hospitalier
Pitié-Salpêtrière

C'est à l'initiative du Pr Jean Yves Delattre et de Marie-Hélène Lorreyte, cadre supérieur de santé, que le projet et l'expérimentation de la nouvelle fonction de l'infirmière en neuro-oncologie voit le jour en 2001 avec l'aval de la direction de l'hôpital.

Ce projet a été inspiré des « *nurses practitioners* » en Amérique du Nord, conforté d'une part en 2003 par le Plan cancer, avec les mesures nationales pour développer la prise en charge des patients atteints de cancer, et aussi le rapport du Pr Berland préconisant la coopération des professionnels de santé dans le transfert des tâches et des compétences.

Cette fonction transversale, à l'interface des différents acteurs de soins, a pour objectif d'améliorer la continuité de la prise en charge des patients atteints de tumeur cérébrale, de l'annonce diagnostique à la fin de vie, que le patient soit hospitalisé ou au domicile. Cette fonction s'est envisagée autour de nouvelles compétences nécessitant une formation spécifique préalable, universitaire et clinique, afin d'acquérir des connaissances médicales dans la spécialité.

Une formation d'une durée de six mois

- Trois mois d'enseignement théorique à la faculté de médecine, en suivant et validant l'ensemble du module de neurologie des étudiants en médecine.

- L'acquisition de ces connaissances a permis à l'infirmière de développer un raisonnement diagnostique face aux patients. L'obtention du certificat en neurologie était nécessaire pour légitimer cette nouvelle fonction et mieux comprendre les décisions médicales pour les reformuler aux patients.

- Trois mois de formation clinique pour acquérir les compétences pratiques telles que la réalisation de l'examen clinique, la lecture des altérations essentielles sur le tomomodensitomètre (TDM) et l'IRM cérébraux, l'introduction des différents traitements (chimiothérapie, corticoïdes...) et leurs effets secondaires. Cette formation s'est d'abord déroulée au sein du service, en observant les neurologues en consultation et en hospitalisation, puis sous forme de stages dans les différents services où le patient atteint de tumeur cérébrale est amené à séjourner tels que la neurochirurgie, la radiothérapie, l'unité de soins palliatifs, la neuroradiologie, l'anatomopathologie et l'unité mobile d'accompagnement et de soins palliatifs.

À l'issue de cette formation, l'infirmière a intégré l'équipe de neuro-oncologie pendant six mois, sous forme de compagnonnage avec un neurologue.

En neuf ans d'exercice, cette fonction s'est développée; l'évaluation effectuée par la Haute Autorité de santé en 2007, ayant pour objectif de déterminer la fiabilité des informations collectées par les infirmières référentes lors

de l'examen clinique et paraclinique des patients, ainsi que la concordance de leur proposition thérapeutique en matière de stratégie de reconduction de la chimiothérapie a été très positive et plaide en faveur de la délégation de cette activité vers les infirmières, avec aujourd'hui trois infirmières référentes et plusieurs types d'activités.

Une activité de consultation

Une consultation hebdomadaire, organisée dans les jours qui suivent la consultation médicale d'annonce, destinée à tout nouveau patient adressé par le neurologue référent.

Elle se déroule comme suit :

- Présentation du service, du rôle et des missions des soignants
- Reformulation du diagnostic
- Explication du projet de soins
- Réponses aux questions
- Remise d'un classeur de suivi contenant les différentes coordonnées des professionnels pouvant intervenir au cours du parcours de soins ; les principales informations médicales du patient nécessaires en cas d'urgence ; des informations concernant la maladie, les principaux symptômes et la conduite à tenir devant ceux-ci ; personne de confiance, directives anticipées...

Cette consultation dure environ une heure et marque le début de la prise en charge de l'infirmière référente. Celle-ci évalue la situation familiale, sociale et psychologique du patient afin d'anticiper les difficultés pouvant survenir lors de l'évolution de la maladie. Elle oriente, si besoin, vers le professionnel concerné (assistante sociale, psychologue...).

Une activité clinique

L'activité clinique est effectuée principalement en hôpital de jour auprès des patients en cours de chimiothérapie. L'infirmière référente fait l'examen clinique neurologique du patient, compare l'imagerie, analyse les résultats biologiques et prescrit la chimiothérapie sous la supervision du neurologue.

Cette activité permet à l'infirmière d'ajuster la prise en charge à chaque passage en hôpital de jour, en fonction de l'évolution clinique du patient. Elle permet la mise en place d'aides à domicile appropriées au handicap, voire d'anticiper les recherches de structures adaptées avec l'assistante sociale lorsque le maintien à domicile devient difficile.

Une activité de suivi et soutien des patients au domicile

Une activité de suivi et de soutien des patients au domicile, réalisée tout au long de la maladie, que le patient soit en phase curative ou en phase palliative. L'infirmière répond aux nombreux appels téléphoniques. Son rôle consiste à écouter, répondre aux interrogations, soutenir psychologiquement, voire trouver des solutions rapides lorsqu'une complication survient ou que le maintien au domicile ne peut plus s'envisager.

Cette activité a permis de renforcer les liens avec les médecins traitants et ainsi d'améliorer la liaison ville/hôpital. En fonction des problèmes posés, l'infirmière en réfère au neurologue référent du patient ou/et à l'assistante sociale : c'est un rôle de coordination dans la prise en charge. Parfois, une cellule mobile composée d'un neurologue, d'une infirmière référente et d'une psychologue se déplace au domicile pour y rencontrer le médecin traitant et le réseau afin de faire le point sur le projet de vie du patient.

Un rôle d'anticipation des placements en structures spécialisées

Un rôle d'anticipation des placements en structures spécialisées, que l'on déclenche à différents temps de la maladie, en fonction des difficultés. Qu'elles soient d'ordre médical avec l'aggravation d'un déficit neurologique, ou social lorsque le maintien au domicile n'est plus possible (épouse qui travaille, enfants en difficultés ou patient sans entourage).

Deux types de structures sont à notre disposition :

Les cliniques médicalisées, adaptées pour un patient en cours de chimiothérapie qui a besoin d'aide au quotidien et de kinésithérapie.

Les unités de soins palliatifs, adaptées pour les patients en échappement thérapeutique pour qui seuls les soins de confort se poursuivent.

La décision d'orientation dans ces structures se fait sur décision médicale en entretien avec la famille. L'infirmière référente reformule, explique les différentes structures afin d'obtenir l'accord de la personne de confiance, tout cela en étroite collaboration avec l'assistante sociale pour trouver la structure la plus appropriée et la plus proche du domicile. L'infirmière motive les demandes d'admission et l'assistante sociale suit le dossier jusqu'à l'obtention d'une place dans les meilleurs délais.

Une activité en hospitalisation

Une activité s'est développée, plus récemment, avec l'arrivée d'une troisième infirmière référente qui reprend celles citées précédemment, avec la particularité pour l'infirmière de s'intégrer dans une équipe déjà constituée avec pour objectif, en plus d'améliorer la prise en charge globale des patients hospitalisés, d'améliorer la communication inter-équipes, de faciliter la transmission des informations et des décisions prises.

L'infirmière, collaboratrice avisée et permanente dans la salle, provoque les temps d'échange entre les personnels paramédicaux et médicaux, notamment lors des décisions d'arrêt de traitement curatif. Elle veille à l'application des procédures d'accompagnement et les transmet par écrit. Un temps important est consacré aux entretiens avec les familles afin que le projet de vie du patient soit en accord avec les décisions prises.

Elle participe à la fluidité des séjours en hospitalisation et contribue de ce fait à la prévention de l'épuisement professionnel et à la diminution des délais d'attente de places en hospitalisation.



C'est aussi l'occasion de mener des projets d'équipe transversaux, en créant de nouveaux outils de travail, de nouveaux supports tout en respectant la place de chacun.

Conclusion

Après neuf ans d'exercice, cette fonction montre plusieurs intérêts à la fois pour le patient et sa famille, mais aussi pour les professionnels de santé hospitaliers ou au domicile qui interviennent auprès d'eux. L'éva-

luation positive de la Haute Autorité de santé permet de montrer que cette coopération médico-infirmière participe à l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de tumeur cérébrale.

L'arrêté concernant, entre autres cette délégation de compétence, signé le 31 décembre 2009, est publié dans le *Journal officiel* depuis le 15 octobre 2010. Nous allons soumettre notre expérience afin qu'elle soit pérenne. 🏥

Le rôle de l'infirmier en hémodialyse en centre à Lisieux

Isabelle Landru
Néphrologue
chef du service
d'hémodialyse,
Centre hospitalier de
Lisieux

L'expérimentation portant sur le rôle de l'infirmier diplômé d'état (IDE) expert en hémodialyse en centre s'est inscrite dans le cadre des travaux initiés depuis décembre 2003 par le ministre de la Santé sur le thème des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé.

La délégation du suivi du malade hémodialysé en centre a été autorisée par un arrêté du 13 décembre 2004.

Ses objectifs étaient multiples : tester la faisabilité en sécurité d'une coopération, évaluer si une part du temps médical pouvait être redistribuée vers d'autres activités en néphrologie, et enfin réfléchir à une nouvelle voie de promotion infirmière.

La première expérimentation a donné lieu à une évaluation concluant à la faisabilité d'une telle délégation, sans danger pour le malade, voire avec une amélioration de la qualité. Cela a permis la reconduction de celle-ci, autorisée par l'arrêté du 30 mars 2006, et qui s'est déroulée entre le 16 octobre 2006 et le 10 juin 2007, sous l'autorité de la Haute Autorité de santé (HAS).

Mise en œuvre

Les sociétés savantes (Société de néphrologie et Société francophone de dialyse) ainsi que l'AFIDTN (Association des infirmiers de néphrologie, dialyse, transplantation) ont participé avec l'ONDPS à l'écriture du protocole de délégation.

Deux infirmières de coopération ont été choisies après la création d'une fiche de poste établie par le médecin responsable de l'expérimentation et le cadre de santé. Elles ont travaillé toutes deux à mi-temps pour cette coopération et à 30 % dans l'équipe, d'où une présence pour la coopération sur environ 60 % des séances.

Après une formation théorique et pratique de deux mois et demi, elles ont débuté l'expérimentation en réalisant les actes dérogatoires définis par l'arrêté de décembre 2004 :

- évaluation de la situation clinique et diagnostic de situation avec visites réalisées par les infirmières de

coopération sans la présence d'un néphrologue dans l'unité de dialyse, (mais présent dans l'établissement), prescription du poids sec (une visite de néphrologue par semaine obligatoire) ;

- vérification des critères biologiques, analyse de ceux-ci, propositions de modifications thérapeutiques ou prescription si le protocole le permet ;
- prescription des examens complémentaires dans le cadre d'un protocole (abord vasculaire, artérite des membres inférieurs) ;
- information des patients sur la pathologie et le traitement ;
- tenue du carnet vaccinal, prescription et réalisation du vaccin selon le protocole ;
- renouvellement de prescription à partir d'un protocole médical.

Elles ont aussi réalisé un suivi plus poussé des abords vasculaires, des indicateurs de qualité de dialyse.

Résultats

Quatre phases ont été définies pour ces expérimentations :

- Phase 1 : janvier 2004 à janvier 2005,
- Phase 2 : janvier 2005 à janvier 2006 (avec infirmières de coopération),
- Phase 3 : février 2006 à octobre 2006,
- Phase 4 : octobre 2006 à juillet 2007 (avec infirmières de coopération).

L'analyse des deux expérimentations s'est faite, pour les phases 1 et 2, sur la population de tous les hémodialysés en centre, sur les phases 3 et 4 sur un échantillon de patients présents dans les deux phases. Enfin, la HAS a réalisé une étude statistique centrée sur les indicateurs de qualité durant les quatre phases.

Nous avons donc étudié des indicateurs de qualité (pourcentage de patients adéquats pour une norme reconnue – européenne EBPg ou américaine DOQUI – comparée à une étude de morbi-mortalité internationale (DOPPS) [32]) et nous avons pu constater l'amélioration,

ou au minimum la stabilité, de ces divers indicateurs : qualité de dialyse, bilan phosphocalcique, statut martial, correction de l'anémie.

D'autres indicateurs tels que le poids sec et ses variations, le contrôle tensionnel, les complications des abords vasculaires ont aussi été étudiés sans qu'il y ait de différence significative entre les périodes avec ou sans infirmières de coopération.

En ce qui concerne les hospitalisations, on notait davantage de jours d'hospitalisation dans la phase 2 que 1, mais avec une population présentant plus de co-morbidités et plus d'hospitalisations pour des motifs de fin de vie.

Les résultats de l'étude HAS [34] confirment une faisabilité en sécurité pour le patient, voire une amélioration de la qualité de la prise en charge, et montrent qu'à partir du moment où l'expérimentation a débuté dans le service d'hémodialyse, une progression, parfois statistiquement significative, du pourcentage de malades dans les valeurs cibles lors des phases 2, 3 et 4 était observée par rapport à la phase 1, et ce pour la presque totalité des paramètres étudiés.

La plupart des indicateurs de qualité de dialyse se sont améliorés lorsque le service était en activité « expérimentale » (l'infirmière de coopération participe à l'évaluation du malade) par rapport à une activité « standard ».

Si on se limite aux 18 patients présents dans le service d'hémodialyse de janvier 2004 à juin 2007, sans changement de technique de dialyse (donc présents pendant les quatre phases de l'étude), l'étude des paramètres a montré un pourcentage de paramètres dans les valeurs cibles plus important pour les phases 2, 3, 4 par rapport à la phase 1. L'augmentation est statistiquement significative en particulier pour :

- le rapport Kt/v (marqueur de qualité d'une séance de dialyse);
- le rapport Kt/v standardisé (marqueur de qualité de dialyse);
- le NPCR : de 60,8 à 86 % (marqueur de qualité de la nutrition);
- l'hémoglobine (prise en charge de l'anémie);
- la prescription d'érythropoïétine, avec moindre consommation de celle-ci.

Il existe une tendance à l'amélioration, mais non statistiquement significative pour :

- la phosphorémie,
- le produit phosphocalcique (ces deux marqueurs sont importants du fait des risques osseux, mais surtout cardio-vasculaires liés à une augmentation de ceux-ci),
- la ferritinémie (marqueur de carence martiale, prise en charge de l'anémie),
- la prise de poids interdialytique.

L'acceptabilité de cette expérimentation a été estimée grâce à la mesure du taux de refus des malades à participer au projet et à une enquête spécifique cherchant à connaître l'avis du malade sur ce nouveau mode de pratique. Le taux de refus a été nul, et le haut

niveau de satisfaction et de confiance exprimé par les malades, autant pour les informations données par le professionnel paramédical que pour l'acte médical effectué par celui-ci, sont des indicateurs de la bonne acceptabilité de cette nouvelle forme de coopération (enquête HAS).

L'estimation du temps médical gagné dans le service d'hémodialyse et son allocation, à l'hôpital de Lisieux, a été possible grâce à une étude spécifique effectuée dans le service sur l'activité des médecins en situation « standard » et en situation « expérimentale ».

Lors de la première expérimentation, 5 heures de temps médical consacré à l'hémodialyse en centre était « gagné » par semaine, 4 h 30 sur la seconde.

Cela peut paraître peu, mais il ne faut pas oublier que dans les deux expérimentations, en raison des absences réglementaires, congés annuels, etc., les infirmières de coopération n'ont assuré que la moitié des séances ! Il a été constaté aussi une augmentation du temps consacré aux consultations (150 consultations supplémentaires effectuées sur les périodes de référence).

Par ailleurs, il n'y a pas eu d'augmentation des prescriptions biologiques ou radiologiques.

L'étude sociologique du CNEH [14] identifie une délégation d'actes à visée thérapeutique qui peut en partie être normalisée. Elle nécessite des régulations interpersonnelles (entre médecins et IDE) qui se construisent en situation, et donc une clarification des tâches et des responsabilités car elle ne peut se penser qu'en terme d'organisation générale de l'équipe.

Conclusions

Ces expérimentations ont montré :

- la stabilité voire l'amélioration des indicateurs qualité et donc la faisabilité en sécurité;
- l'acceptabilité par les patients de la coopération;
- un gain de temps pour les néphrologues afin d'assurer d'autres tâches;
- la possibilité de faire évoluer le métier infirmier.

Nous instruisons actuellement un dossier afin de solliciter l'agence régionale de santé pour mettre en place, selon l'article 51 de la loi HPST, un protocole de coopération en hémodialyse en centre. Un étudiant en master d'ergonomie au Conservatoire national des arts et métiers nous apporte son aide afin d'identifier clairement les compétences associées aux fonctions assurées par les infirmières de coopération, de définir la formation tant théorique que pratique afin d'acquérir connaissances et savoir-faire et enfin repenser l'organisation générale de l'équipe pour une acceptabilité par tous. 



Coopération des métiers de la vision : propositions du syndicat des ophtalmologistes

Jean-Bernard Rottier
Ophtalmologiste,
président du
Syndicat national
des ophtalmologistes
de France

Les années 90 marquent le début, pour nous ophtalmologistes, de nos actions de lobbying pour tenter de développer notre démographie. Soit une dizaine d'années après la fermeture de la filière CES. À partir de cette époque, notre profession a vu peu à peu augmenter sa charge de travail. Alors que le nombre d'ophtalmologistes restait à un plateau d'environ 5 500, le nombre moyen d'actes annuels a augmenté de 50 % entre 1990 et 2005. Cette amélioration de la productivité, terme tout à fait nouveau dans le champ de la médecine, a été possible grâce aux progrès technologiques. Des machines toujours plus sophistiquées nous ont permis d'acquérir des données de façon plus fiable et plus rapide. Beaucoup d'instruments de mesure sont devenus « sans contact » avec l'œil, et les résultats de leur manipulation devenaient un opérateur indépendant. Ces évolutions nous ont permis d'y affecter un personnel peu qualifié : nos secrétaires étaient ainsi promues assistantes. Malgré cela, les files d'attente se sont allongées peu à peu, certes de façon disparate selon les régions, mais l'avis général du public est qu'il est difficile d'obtenir un rendez-vous avec un ophtalmologiste, et les difficultés ne font que commencer...

L'optométrie : courant anglo-saxon de redistribution des tâches

Ce contexte de tension sur l'offre de soins oculaires et, parallèlement, sur l'accès aux équipements optiques (lunettes et lentilles de contact) a réveillé un vieux courant de pensée appelé l'optométrie. Il date du début du xx^e siècle et a réussi à s'imposer dans les pays anglo-saxons. Il se base, au départ, sur une séparation entre la gestion de la fonction visuelle et la prise en charge des pathologies. À charge pour le secteur commercial de vendre en autonomie des équipements optiques, et à charge pour le médecin de gérer les pathologies avérées. Mais il est évident qu'un pourcentage important de demande de lunettes correspond en fait à des baisses visuelles induites par des pathologies (20 à 30 % des cas). Ainsi l'opticien-optométriste anglo-saxon s'est formé d'abord au dépistage des maladies oculaires, puis à leurs traitements, pour aboutir, après un siècle de lutte contre les ophtalmologistes, à accéder à la chirurgie. Aujourd'hui la revendication de l'optométrie couvre l'ensemble de la spécialité ophtalmologique : dépistage, traitements médicaux, chirurgie, et la déborde même en revendiquant la vente des équipements optiques (auto-prescrits) et la rééducation orthoptique. Mais sa demande principale, fondamentale, est l'autonomie complète par rapport au monde médical. L'optométrie

prétend offrir une prise en charge commerciale de l'œil et de ses pathologies, quasiment auto-suffisante, dans un circuit indépendant de la médecine, avec ses propres unités de formation. Un siècle après son émergence, il existe toujours un affrontement intense entre la filière ophtalmologique, médicale, et la filière optométriste, commerciale, dans les pays mêmes où elle a émergé. Celle-ci s'est organisée au niveau mondial, avec une stratégie simple en trois étapes : d'abord la formation, puis un exercice au-delà de la légalité (mais pas trop), et enfin un lobbying qui permet la légalisation des pratiques déviantes. Chaque pays est classé dans une échelle de 1 à 6. La France est abusivement classée en niveau 2, ce qui correspond à un pays dans lequel l'optométriste peut délivrer des verres en autonomie. On sait que ce n'est pas vraiment le cas en France, mais le lobby « opto » est coutumier de ce genre de raccourci. Le niveau 3 correspond à un pays qui lui autorise le dépistage de pathologies. Le 4 permet de faire des diagnostics en utilisant des médicaments à visée diagnostique. Au niveau 5, les optométristes ont le droit de prescrire les drogues à but thérapeutique. Le 6 est le Graal : ils accèdent à certaines procédures chirurgicales.

Cette introduction est importante pour expliquer pourquoi la solution anglo-saxonne, qui peut sembler une réponse simple et évidente à la pénurie qui s'installe, suscite un rejet massif et incoercible de la part des opticiens (qui se sentiraient relégués à la dernière place), des orthoptistes (qui seraient tout simplement rayés de la carte) et des ophtalmologistes. Cette opposition existe aussi bien dans les pays où elle s'est implantée depuis longtemps (États-Unis d'Amérique, Australie, Canada) que dans ceux où elle souhaite se développer.

L'approche française basée sur une coopération : ophtalmologistes, orthoptistes et opticiens

C'est donc dans ce contexte de saturation de notre activité et de notre opposition viscérale à la création d'une profession commerciale qui prétendrait agir sur le même territoire de compétence que le nôtre que nous réfléchissons aux méthodes et aux moyens à mettre en œuvre pour atténuer les effets de notre baisse démographique.

La première étape a été de se tourner vers les deux professions proches des ophtalmologistes : les opticiens et les orthoptistes, pour voir quels seraient les éventuels aménagements à faire dans la répartition du travail. Cette étape, qui date des années 2000-2002, n'était pas si facile à mener, car si la charge de travail était lourde, la profession arrivait quand même à l'assumer. Avec des

délais qui s'allongeaient, certes, mais les délais ne sont pas perçus négativement par le professionnel libéral : ils le rassurent contre un avenir toujours incertain. C'est un élément à prendre en compte dans ce dossier très psychologique de délégations et de transferts.

La profession d'opticien était très demandeuse. Demandeuse de pouvoir faire des réfractions en autonomie, de pouvoir vendre en direct des lunettes et d'adapter des lentilles. Une autre demande un peu fantasmée, et jamais vraiment explicitée, était de « faire de la médecine » en « dépistant des maladies ». La faiblesse de cette profession venait de sa formation limitée à deux années de BTS, délivrée dans une quarantaine d'écoles privées de valeur très inégale, ainsi que de sa nature commerciale.

La profession d'orthoptiste était paradoxalement réticente aux délégations. Le syndicat traditionnel, qui avait construit son image sur une émancipation du corps médical, était opposé à ce qui pouvait apparaître comme une remise sous tutelle ophtalmologique. Une réunion dite de l'Hôtel Dieu, le 19 janvier 2002, permettait de voir émerger un accord entre les deux syndicats d'orthoptistes et les ophtalmologistes. Il était acté que les orthoptistes seraient les partenaires les plus adéquats pour effectuer les actes médicaux que les ophtalmologistes ne pourraient plus faire.

Pendant les années qui suivirent, une partie des orthoptistes, majoritairement libérale et âgée, eut beaucoup de mal à accepter ce rapprochement interprofessionnel. Du côté ophtalmologique ce n'est que tout récemment que nous avons admis la possibilité d'une coopération entre deux professionnels libéraux, en dehors du cadre rassurant du salariat.

Une expérimentation de collaboration ophtalmo-orthoptiste dans un cabinet libéral

La mission du Pr Berland, des années 2004-2005, est arrivée juste à point. Elle nous a permis de mettre en place une expérimentation de collaboration ophtalmo-orthoptiste, dans un cabinet libéral. La consultation a été découpée en 7 étapes, qui sont successivement : l'interrogatoire du patient, la mesure de l'acuité visuelle, la mesure de la pression intra-oculaire, l'examen de l'équilibre oculomoteur, l'examen de l'œil lui-même (partie antérieure à la lampe à fente et partie postérieure appelée « fond d'œil »), la synthèse, et la prise de décisions. Ces 3 dernières étapes sont du domaine de l'ophtalmologiste lui-même, en revanche les 4 premières peuvent être confiées à un orthoptiste. L'audit, financé par l'Urcam des Pays de la Loire, a montré que la réfraction seule pouvait prendre de 7 à 13 minutes selon les patients, ce qui corrélativement permettait de faire gagner ce temps au médecin. En ce qui concerne la formation complémentaire, elle n'était nécessaire que pour la mesure de l'acuité visuelle, et l'expérience nous a montré que 50 heures de cours et 2 000 réfractions contrôlées par l'ophtalmologiste permettaient d'amener les orthoptistes à donner des résultats dans lesquels

nous pouvions avoir confiance. Par ailleurs l'oculomotricité faisait déjà partie de sa formation initiale. La mesure de la pression intra-oculaire non contact ne nécessitait que quelques explications et, enfin, l'interrogatoire était juste un recueil du motif principal de consultation et il était repris par l'ophtalmologiste. L'audit a de plus permis de répondre positivement à la triple interrogation des expérimentations : est-ce profitable au patient, est-ce intéressant pour l'orthoptiste, est-ce intéressant pour l'ophtalmologiste ?

Concernant la productivité, l'étude a montré que le flux de patients était augmenté de 25 à 30 %. En pratique, cette organisation permettait de voir environ deux patients de plus par heure de consultation, tout en recentrant le médecin sur son cœur de métier, qui est de faire la synthèse des différentes données, acquises par lui ou par l'orthoptiste, d'établir un diagnostic puis de prendre une décision. Les consultations étant réellement faites par le médecin, cela a permis d'utiliser les cotations classiques remboursées par les caisses d'assurance maladie.

Ces résultats intéressants ne doivent pas masquer les difficultés de la diffusion d'un tel mode de fonctionnement. C'est d'abord demander au médecin de quitter son mode de travail artisanal. C'est lui accroître à gérer de nombreux collaborateurs, c'est augmenter les contraintes d'organisation, c'est augmenter de beaucoup le coût de son absence de sa structure, pour cause de maladie ou de formation. C'est aussi lui donner le souci d'équilibrer son budget : un poste d'orthoptiste coûte environ 50 000 € par an, ce qui est difficile à réaliser quand le professionnel exerce son activité en secteur 1. Il doit faire attention aux charges de l'Urssaf et préférer salarier d'emblée les orthoptistes pour éviter une dramatique requalification en salariat de la part de cet organisme. Ajoutons, pour finir, une inadaptation du statut de professionnel libéral à ce mode d'organisation, une impossibilité de créer une SEL en association avec les orthoptistes, et un manque de soutien des autorités sanitaires.

Nous sommes malgré tout convaincus que ce mode opératoire est une étape indispensable pour augmenter l'offre de soins et habituer les uns et les autres à travailler ensemble. Il est aussi le socle sur lequel vont pouvoir émerger d'autres collaborations beaucoup plus audacieuses, car hors unité de lieu et de temps.

La première, qui concerne le dépistage de la rétinopathie diabétique, est déjà largement expérimentée. Elle consiste à remplacer le contrôle annuel du médecin par un contrôle simplement tous les trois ans avec, dans les années n1 et n2, une prise de photos des fonds d'yeux par un personnel qualifié. Les clichés sont ensuite analysés par un ophtalmologiste, à la recherche d'une rétinopathie diabétique qui, si elle est découverte, impose un rendez-vous médical. Le potentiel maximum d'économie de consultations est de 2 millions d'actes annuels, mais il y a un temps médical consacré à la lecture des photos.



La seconde n'est encore qu'au stade de projet. Il faut savoir que les glaucomateux sont habituellement suivis tous les six mois, quand ils sont en période d'équilibre du traitement. Le projet consisterait à faire contrôler ces patients, une fois sur deux, par un orthoptiste qui ferait une batterie d'examens : mesure de la pression intra-oculaire, photographie des nerfs optiques, champs visuels. Les résultats de ces examens seraient là aussi lus et validés par le médecin ophtalmologiste. Le potentiel maximum d'économie de consultation serait d'un million d'actes annuels.

Citons enfin la possibilité d'une consultation orthoptiste de dépistage, qui serait, dans certaines conditions strictes, en amont de l'ophtalmologiste.

En conclusion, les collaborations interprofessionnelles sont appelées à se développer, dans un contexte très contraint par le temps : dans les dix prochaines années va se produire un collapsus jamais vu du corps médical. Cette mutation est très délicate à gérer, surtout dans un temps aussi court. Le pragmatisme doit être notre philosophie commune, en laissant la manœuvre au terrain, ce qui est d'ailleurs l'esprit de l'article 51 de la loi HPST. 

Les pratiques avancées des professionnels paramédicaux en Ile-de-France

Ljiljana Jovic
Directeur des
soins, conseillère
technique régionale,
Drass Ile-de-France

Les reconfigurations des contenus des métiers, des compétences professionnelles, des prérogatives et des rapports entre professions sont permanentes. Généralement, les modifications s'opèrent de façon isolée, à des niveaux locaux, jusqu'à atteindre des masses critiques leur donnant de la visibilité et permettant des avancées significatives. Les pratiques avancées (pratiques professionnelles allant au-delà des pratiques « généralistes ») sont l'un de ces phénomènes. Ce concept a émergé au milieu du xx^e siècle aux États-Unis puis a été développé, adapté et mis en œuvre dans de nombreux pays. Initialement, il se rapportait aux activités des infirmières, mais les définitions sont applicables aux autres professionnels paramédicaux.

Des phénomènes ayant un impact sur les champs d'intervention et les missions des professionnels de santé sont observables en France, comme au niveau international. Ils conjuguent les besoins de santé des populations, le raffinement des compétences professionnelles, notamment dans les approches cliniques, les évolutions technologiques importantes, les problématiques démographiques, les contraintes médico-économiques.

Les enjeux liés aux pratiques avancées sont multiples. Ils concernent la qualité des soins et de prise en charge, l'efficacité du système de santé, l'attractivité et la fidélisation des professionnels.

Les pratiques avancées sont une réalité observable dans les structures de santé et le secteur ambulatoire. Aussi, pour innover et accompagner les évolutions au niveau régional, il est apparu indispensable de disposer de données objectives.

La population installée en Ile-de-France est de 11 616 500 habitants, soit 18,27 % de l'ensemble national [67]. La région compte plus de 112 000 professionnels paramédicaux et propose une offre de soins diversifiée dans toutes les dimensions : préventive, éducative, de dépistage, curative et palliative.

L'étude exploratoire réalisée au niveau régional a pour but de décrire les professionnels et les activités de pratiques avancées. Les objectifs sont : d'identifier les pratiques qui pourraient relever de pratiques avancées, qu'elles s'inscrivent ou non dans le champ réglementaire actuel ; d'identifier les caractéristiques des professionnels déclarant exercer des pratiques avancées.

L'étude a été réalisée dans un contexte français, de réflexion et d'évaluation des coopérations entre professions de santé, de perspectives d'évolution des modes de pratiques et de formation, de reconfiguration de l'offre de soins, d'une relative méconnaissance du concept de pratiques avancées et d'insuffisance de données sur le sujet¹.

La méthodologie repose sur l'étude de la littérature et l'adoption d'une définition opératoire du concept de pratiques avancées, une enquête, par questionnaire, auprès de structures de soins (établissements, réseaux...) (n = 132) et de professionnels paramédicaux (diététiciennes, infirmières, kinésithérapeutes, manipulateurs d'électroradiologie, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues) déclarant exercer des pratiques avancées (n = 380) [42].

Les résultats extraits de l'étude permettent, notamment, de décrire les professionnels paramédicaux déclarant avoir des pratiques avancées et de comparer leur profil aux données théoriques issues de la littérature. Les similitudes et les différences fournissent des pistes d'action et des questions pour des travaux ultérieurs.

Les pratiques avancées : données de la littérature

La littérature internationale montre qu'il existe diverses terminologies pour désigner des pratiques professionnelles allant au-delà des pratiques « généralistes ». Les appellations recouvrent également des

1. La réglementation, en lien avec des aspects de pratiques avancées, portant sur les coopérations entre professionnels de santé est intervenue après le recueil de données et l'analyse des résultats.

missions différentes quant aux possibilités d'examiner des personnes à des fins de dépistage, de poser des diagnostics médicaux ou de prescrire des examens et/ou des thérapeutiques. Cependant, les travaux récents adoptent le terme de « pratiques avancées » dans un sens générique. Ils précisent les activités exercées, les caractéristiques des professionnels, les conditions d'exercice [29].

La définition de pratiques avancées retenue pour l'étude est issue des travaux du Conseil international des infirmières [15]. Elle a été adaptée par le groupe de travail de la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) pour les besoins de l'étude.

La définition opératoire est : « *Le professionnel paramédical ayant acquis des connaissances théoriques d'expert, une capacité de prise de décisions en situation complexe et des compétences cliniques lui permettant une pratique avancée dans un domaine spécifique pour lequel il sera [reconnu, identifié, désigné, validé]* ».

Le concept de pratiques avancées sous-entend : la réalisation de toutes les activités cliniques, notamment l'évaluation de l'état de la personne et de son entourage, la planification et la mise en œuvre du traitement et/ou des interventions de soins, l'évaluation des interventions. Elles supposent une expérience clinique, une approche holistique, une relation de partenariat avec le patient, la référence à un raisonnement d'expert, un savoir théorique approfondi. L'activité clinique est complétée par des activités d'encadrement et de formation de stagiaires, d'enseignement, de réalisation de travaux de recherche, d'évaluations des pratiques professionnelles, de conseil auprès de pairs ou d'autres professionnels paramédicaux, notamment pour la gestion de situations cliniques complexes.

Généralement, mais pas exclusivement, la pratique avancée s'exerce dans un domaine précis en relation avec une activité médicale (ex. éducation thérapeutique de patients sous traitement au long cours d'une maladie chronique, soins techniques...). Elle est réalisée par une ou des personnes spécifiquement identifiées dans une équipe.

En se référant aux critères généralement attribués à l'exercice d'une pratique avancée, elle ne concerne pas tous les professionnels « compétents » d'une équipe ou d'un service.

Le profil théorique d'une infirmière, et par extension d'un professionnel paramédical, ayant des activités de pratiques avancées selon les données de la littérature sont : avoir une formation généraliste et être titulaire du diplôme d'exercice professionnel (ex. diplôme d'État d'infirmière), exercer des activités dans le champ de la clinique, avoir un niveau de compétence élevé, une formation supérieure à la formation généraliste et être titulaire d'un diplôme de niveau maîtrise ou master (dans le champ de la clinique), une expérience professionnelle minimum de cinq ans.

La distinction entre pratique généraliste et pratique avancée n'est pas strictement liée aux actes réalisés.

Elle se situe surtout sur des différences de niveaux de compétences (savoir, niveau de conceptualisation, expérience, gestion de situations complexes, réalisation de recherches...). La pratique avancée est une évolution à l'intérieur d'une profession, autrement dit une progression linéaire. Les généralistes ont des connaissances globales et peuvent intervenir dans tous les champs d'activité. Les professionnels de pratiques avancées ont des connaissances approfondies dans un domaine restreint et gèrent des situations plus complexes.

Le profil du professionnel ayant une pratique avancée : données de l'enquête

Les données recueillies par l'enquête permettent d'établir un profil « type » du professionnel paramédical ayant des pratiques avancées. Certaines caractéristiques doivent être nuancées car elles correspondent à un nombre restreint de professionnels.

Les caractéristiques des professionnels sont : un exercice avec le diplôme initial en tant que salarié dans le secteur public ou privé, une ancienneté et une expérience dans des activités cliniques allant de dix à trente ans depuis l'obtention du diplôme professionnel.

Les formations complémentaires, quand elles existent, sont représentées par des diplômes d'université (DU) en lien avec la pratique, de la formation continue dans les domaines relatifs à la pathologie ou le problème de santé principal (diabète, addiction, plaies...) et/ou la prise en charge de la douleur et/ou l'éducation thérapeutique.

Les moyens d'information, de maintien et de développement des compétences sont la lecture de revues françaises généralistes et/ou spécialisées, des échanges avec les pairs dans le milieu de travail, des participations à des congrès et journées thématiques.

Le champ de pratique s'inscrit dans les domaines d'intervention par ordre de priorité tel qu'apparu dans l'enquête : 1. a) conseil, b) soin ; 2. a) encadrement de stagiaires, b) enseignement ; 3. a) communications, b) études, c) publications, d) recherches. Les destina-

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé
- Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé
- Arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé



taires des interventions sont les malades et les pairs. Le temps consacré à la pratique avancée est inférieur à dix demi-journées par mois.

La formalisation et l'organisation de l'activité relative à la pratique avancée porte sur l'accueil des malades de façon programmée et non programmée, soit avec ou sans rendez-vous ; l'itinéraire du malade comporte la traçabilité du rendez-vous et des soins, les supports éducatifs pour les patients.

Les aspects organisationnels et logistiques montrent que les professionnels disposent de locaux identifiés pour la réalisation des soins aux malades, de bureautique avec accès Internet et ligne téléphonique spécifique, de plages de temps dédiées à l'activité.

Les perspectives se rapportant aux souhaits de développement des pratiques avancées sont : la reconnaissance de la pratique (formation, titre...), les modes de pratique (consultations...), la rémunération. Les opportunités reposent sur les compétences et la reconnaissance professionnelle (professionnalisation des prises en charge, autonomie, formation universitaire, recherche...), le contexte est qualifié de favorable.

Les freins sont liés aux compétences et à la reconnaissance professionnelle (manque ou difficultés d'accès à des formations, manque de reconnaissance des formations, incapacité des institutions à reconnaître les professionnels ayant des pratiques avancées...), les moyens humains.

Ce profil type met en évidence que toutes les caractéristiques comparées aux données de la littérature sont

présentes à des degrés divers. Cependant, si les critères de possession de diplôme d'exercice professionnel et de durée d'expérience sont présents, les domaines d'activité sont tous investis mais de façon variable, le niveau de formation post diplôme initial est relativement éloigné des préconisations internationales. Ainsi, l'implication dans la pratique est clairement établie, mais elle est moins évidente pour le maintien et le développement des connaissances théoriques et leur ancrage dans les résultats de recherche.

Généralement, les pratiques relèvent de parcours personnels, construits au gré des opportunités, des besoins locaux, des possibilités offertes et de la volonté d'individus.

Conclusion

L'étude exploratoire réalisée en Ile-de-France permet d'objectiver la réalité des pratiques avancées exercées par des professionnels paramédicaux dans de nombreux domaines. Elle permet, notamment, de caractériser les professionnels déclarant avoir des pratiques avancées, d'identifier les écarts avec le modèle théorique issu de la littérature et des recommandations internationales. Parmi les perspectives suggérées par les résultats figurent : les exigences de formation, la reconnaissance au niveau personnel (compétence...), institutionnel (postes, activité...), national (titre, carrière, modalités d'exercice, rémunération des personnes et de l'activité...), la contribution singulière dans l'offre de soins et plus largement dans le système de santé. 

Un projet interprofessionnel pour un programme de santé publique : la prise en charge bucco-dentaire de l'enfant

En France, l'indice carieux de la population est en nette diminution grâce aux campagnes de prévention, à l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, et à l'utilisation des fluorures.

Les disparités régionales fortes, les difficultés économiques, la peur du dentiste et l'insuffisance de soin sur des dents temporaires qui vont « tomber » font que la carie de la petite enfance (ECC : Early Childhood Caries) [26] constitue toujours un problème majeur. Elle provoque des douleurs avec troubles du sommeil, angoisse, agressivité et difficultés à s'alimenter ; les parents privilégient alors une alimentation molle et sucrée qui auto-entretient la pathologie. L'ECC peut aussi être associée à des problèmes d'obésité, les deux pathologies ayant en commun des habitudes alimentaires inadaptées.

Le mauvais état bucco-dentaire, marqueur des inégalités sociales de santé

Elle peut pourtant être prévenue [65] ; dans le cas contraire, son développement est un facteur prédictif majeur de carie à l'âge adulte et influe sur la santé dentaire de l'adolescent [23].

La corrélation entre faible niveau socio-économique et mauvais état de santé général et bucco-dentaire est significative. La consommation élevée de sucreries, le manque de brossage et un mauvais état bucco-dentaire sont souvent associés aux groupes « à risques » : les conséquences fonctionnelles et esthétiques importantes constituent des facteurs de handicap à l'intégration sociale de l'enfant et stigmatisent une population déjà vulnérable.

La situation est aggravée par un recours aux soins moindre : les familles à faibles revenus consultent tardivement, en urgence, et ne poursuivent généralement pas les soins. Elles n'ont pas de chirurgien-dentiste traitant, recourent de préférence aux structures hospitalières et ne consultent pas préventivement.

La peur du chirurgien-dentiste toujours présente

L'anxiété vis-à-vis des soins dentaires concerne de 3 à 20 % de la population européenne [46], et la peur du chirurgien-dentiste reste une réalité. La culture française a insuffisamment intégré la prévention bucco-dentaire : la consultation tardive liée à la douleur ne facilite pas l'abord de l'enfant. Si le premier contact se passe mal, l'enfant, devenu adulte, gardera un souvenir négatif de cette expérience et négligera son état bucco-dentaire. Il transmettra son angoisse et communiquera involon-

tairement à son propre enfant la peur qu'il éprouve, au travers d'un vocabulaire chargé de termes imagés rarement positifs (arracher, rage de dents...). Un parent anxieux, n'osant pas lui-même consulter, ne fera pas la démarche préventive pour son enfant.

Malgré l'évolution des techniques, la prise en charge de la douleur au cabinet dentaire, l'examen bi-annuel nécessaire pour éviter les pathologies installées et vaincre les *a priori* vis-à-vis des soins dentaires n'est guère pratiqué.

Le projet de Roubaix : une démarche partagée

La ville de Roubaix a intégré le projet Epode (Ensemble prévenons l'obésité des enfants) et se mobilise car le nombre moyen de jeunes Roubaisiens diabétiques est plus élevé que dans les autres villes Epode.

L'unité d'activité médicale (UAM) d'odontologie pédiatrique – prévention du CHU de Lille prend en charge la pathologie carieuse de l'enfant et accueille les jeunes patients de la métropole lilloise que les confrères ne soignent pas. Mais les enfants qui habitent Roubaix, et consultent pour urgence dentaire au CHU, cessent les soins dès que la douleur disparaît.

Les raisons d'interruption de traitement sont identifiées :

- la distance hôpital-domicile, les difficultés ou la durée de transport car pas de solution proche ;
- le délai d'attente trop long pour un rendez vous dans la structure hospitalière après l'acte d'urgence ;
- le nombre élevé d'enfants porteurs de polycaries ;
- le faible nombre de praticiens hospitaliers qui soignent les enfants.

Il est nécessaire d'intervenir en amont.

Les mauvaises habitudes d'hygiène alimentaire provoquent surpoids et pathologies carieuses. Une alimentation saine devrait améliorer à terme l'état bucco-dentaire des enfants et faire diminuer les diabètes de type 2 chez les adolescents obèses (pathologie qui ne se manifestait qu'après 40 ans).

Les conséquences du diabète sur la sphère bucco-dentaire sont connues et il est important que le chirurgien-dentiste soit un relais dans la prévention de l'obésité et du diabète. La volonté de tous les acteurs étant de répondre au problème de santé publique, la pédodontie participe à la démarche Epode avec la ville.

Un travail commun entre mairie, direction de la santé de la ville et odontologie pédiatrique initie l'idée d'un parcours de prise en charge coordonnée des enfants : il s'agit de veiller à ce que prévention et éducation du

Monique-Marie Rousset

Professeur des universités-praticien hospitalier en odontologie pédiatrique, CHU de Lille, responsable d'une unité d'activité médicale d'odontologie pédiatrique-prévention et membre du Haut Conseil de santé publique

Thomas Trentesaux

Ancien assistant hospitalo-universitaire en odontologie pédiatrique à Lille, équipe de recherche du Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, université Paris Descartes

Matthieu Ternois

Assistant hospitalo-universitaire en odontologie pédiatrique à Lille, équipe de recherche du Laboratoire de virologie EA 3610 – pathogenèse virale du diabète de type 1



patient — qui intègrent une dimension familiale — fassent partie du soin lui-même pour pérenniser la démarche.

Le groupe technique représentant hôpital, département, caisse primaire d'assurance maladie, faculté et direction de la santé examine les conditions nécessaires au projet. L'ensemble des partenaires est sollicité (médecins, pédiatres, chirurgiens-dentistes libéraux et Conseil de l'ordre, Apesal, CHR de Roubaix et CHU). Sont associés médecins et infirmières scolaires qui rencontrent l'enfant au cours préparatoire. Cet âge-charnière entre denture temporaire de l'enfant et denture du futur adulte voit l'apparition des premières molaires permanentes ; elles évoluent à bas bruit, sans perte de dents de lait et sont négligées dans les populations touchées par les inégalités sociales.

Le conseil général est également sollicité pour l'aide qu'il peut apporter dans l'orientation des enfants vers les soins, au travers du bilan de quatre ans des services de PMI.

Un parcours coordonné

L'information, la prévention et la formation d'éducateurs à la santé bucco-dentaire sont des moyens essentiels pour diminuer l'incidence carieuse.

Pour plus d'efficacité, un travail inter et pluridisciplinaire s'organise autour du réseau ville — hôpital, avec les acteurs qui entourent l'enfant au quotidien. L'avis des professionnels fixe un champ d'intervention ciblé sur les 4 à 15 ans et sur la prévention précoce.

1^{re} étape en 2004 : rencontre avec l'enfant

Pour prévenir bien en amont, il faut susciter l'intérêt des parents dès la grossesse, quand ils sont plus réceptifs au message préventif.

Si le contact s'établit plus tard avec l'enfant, il faut associer la famille dans la démarche.

Avec la direction de la santé de la ville, l'équipe des pédodontistes participe à des actions de sensibilisation et de mobilisation pour parents et enfants. Elle intègre la « Semaine du goût », anime des échanges sur les choix alimentaires. Des expositions, des ateliers et des animations avec les infirmières scolaires insistent sur l'hygiène et les moyens de préserver un bon état bucco-dentaire. Pour appuyer l'intervention en milieu scolaire, la ville distribue des kits dentaires qu'elle offre également au service pédiatrique du CHR de Roubaix.

2^e étape en 2006 : formation des relais

Le temps manque à l'équipe pour multiplier les interventions d'éducation. La délégation de tâches est indispensable et envisageable car l'enfant rencontre de multiples acteurs dans son parcours : l'enjeu est de les mobiliser tous dans une démarche commune et complémentaire.

La formation de relais rend possible le partage des tâches, tout en valorisant de nouvelles orientations professionnelles. Plusieurs catégories professionnelles peuvent ainsi être impliquées dans le but de :

- créer et pérenniser des passerelles entre les différents professionnels autour de l'enfant ;

Exemple d'une prise en charge

L'accompagnement débute avant le rendez-vous par un appel téléphonique de rappel, pour prévenir le renoncement aux soins ; l'entourage familial de l'enfant est associé au déroulement des séances.

1^{re} séance

Une infirmière spécialement formée aux problèmes bucco-dentaires et à l'abord psychologique de l'enfant assure la prévention avec hygiène alimentaire et bucco-dentaire ; elle enseigne une méthode de brossage aux parents et au jeune patient ; l'enfant reçoit un kit dentaire complet et une fiche conseil à laquelle il pourra se référer. Puis il fait connaissance avec l'environnement du cabinet ; l'équipe laisse parler son imagination pour évoquer le « fauteuil relax », l'« aspirateur », le « bruit du vent » ou le « petit avion », mais les termes em-

ployés restent ensuite les mêmes pour rassurer l'enfant.

2^e séance

L'infirmière « dédiée » rappelle, sous forme d'un jeu questions-réponses, les notions sur le brossage et les choix alimentaires.

Elle prépare l'enfant à la séance de soins et à la découverte de l'acte. L'enfant est soigné hors de la présence parentale : les premiers soins sont peu invasifs (petite carie ou scellements protecteurs des sillons) pour familiariser l'enfant avec le matériel.

Quand des avulsions sont nécessaires, l'aide de la « petite souris » est fournie par l'association Ludopital. Durant le soin, l'infirmière explique aux parents l'importance du suivi.

Quand les soins sont terminés, des examens de contrôle sont prévus tous les six mois. L'enfant quittera le par-

cours accompagné vers 12-13 ans pour un circuit de soins classique.

Le centre fonctionne et ne désemplit pas ; un deuxième fauteuil est ouvert pour qu'un maximum d'enfants de 4 à 12 ans puissent bénéficier d'un examen bucco-dentaire et de soins.

Le bilan est positif : si le vocabulaire n'évolue pas suffisamment (« arracher une dent » reste l'expression type), l'intégration du brossage bi-quotidien est souvent obtenu. L'éducation à la santé, très présente dès la première approche, se poursuit lors des soins avec rappel quand l'enfant vient en contrôle.

- disposer d'un langage commun pour potentialiser l'information donnée.

Échanges, ateliers, animations ciblent les responsables de crèches, les assistantes maternelles, les animateurs socio-éducatifs des centres aérés et de cantines, les éducateurs spécialisés, les enseignants des écoles maternelles et primaires et les élèves infirmiers.

Les étudiants de l'Institut de formation aux soins infirmier (IFSI) de Roubaix doivent dans leurs *cursus* élaborer un projet, et mettre en place une action de travail ; ils sont déjà intégrés dans le projet Epode. Les former à l'hygiène alimentaire et bucco-dentaire est important et leur fait appréhender les interrelations entre prévention de l'obésité et prévention des risques carieux ; cela favorise des choix de projets et d'actions pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire de l'enfant et, à terme, multiplie favorablement les professionnels spécifiquement formés.

3^e étape en 2007

Un parcours efficace doit permettre les soins sur place, la population concernée ne se soignant qu'en proximité. Le projet, porté par l'hôpital de Roubaix, nécessite la création d'un fauteuil dentaire : le centre d'examen de santé de Roubaix met à disposition un fauteuil dentaire déjà existant, qu'il faut équiper pour les soins, et où pourraient travailler des libéraux. Les chirurgiens-dentistes sont sollicités mais la faible démographie locale et leur charge de travail leur font refuser cette option.

Grâce à la participation de plusieurs partenaires et du conseil régional, en 2007 le fauteuil est équipé, et une convention de partenariat constructif entre la faculté et le service d'odontologie, le CHU de Lille et l'hôpital de Roubaix établit la mise à disposition d'étudiants pour travailler dans le centre deux demi-journées par semaine sous la responsabilité d'un tuteur hospitalo-universitaire. L'assurance maladie s'engage à rembourser les soins à l'hôpital de Roubaix. Selon l'âge de l'enfant et l'acte pratiqué, une partie des soins est par ailleurs comptabilisée par la CPAM dans le cadre du dispositif « M'Tdents ».

Le parcours coordonné d'éducation sensibilise l'enfant aux soins ; mais la prise en charge de jeunes patients nécessite un abord psychologique [22] : la plupart des enfants attendus par le centre ne connaissent pas le cabinet dentaire, même si la majorité se montrent coopératifs au cours du dépistage.

Les causes de refus de soins sont connues : trop jeune âge de l'enfant, vécu antérieur négatif, ou prise en charge longue qui lasse l'enfant quand les caries à traiter sont nombreuses. Il peut exister aussi un trouble du comportement ou un handicap.

Le manque de coopération peut être compensé : l'enfant, perméable aux sentiments négatifs de l'entourage, l'est aussi aux facteurs positifs ; un accompagnement individuel favorise l'installation d'une relation de confiance.

Un accompagnement plus ciblé doit être mis en place pour une éducation à la santé, voire éducation thérapeutique personnalisée pour les enfants souffrant d'un diabète : il faut les accompagner dans la démarche de connaissance de la maladie, de ses mécanismes et de sa gestion, pour qu'ils adoptent les réflexes de santé qui se mesureront en qualité de vie. L'étiologie du diabète est multifactorielle : elle répond à des prédispositions génétiques et à des facteurs environnementaux, ce qui est encore plus vrai pour le diabète de type 2.

Longtemps, seul le diabète de type 1 concernait les enfants : ces patients étaient moins touchés par la carie dentaire que la moyenne de la population générale, surtout si le diabète était équilibré car une gestion quotidienne de la pathologie chronique semble permettre à l'enfant une acquisition précoce des bonnes habitudes d'hygiène alimentaire et d'hygiène générale.

Les pédodontistes contribuent à l'information et à la formation des équipes de diabétologie du Nord-Pas-de-Calais et le côté bucco-dentaire est abordé dès l'annonce de la maladie car les mauvaises habitudes favorisent l'apparition de complications gingivales et dentaires ainsi que des polycaries évolutives. Le chirurgien-dentiste a un rôle important à jouer dans la prévention du diabète de type 2, fortement dépendant des facteurs environnementaux, et dans le traitement des jeunes patients déjà atteints par ces pathologies. L'action en réseau améliore la prise en charge bucco-dentaire de la maladie au quotidien, gain de qualité de vie pour ces enfants. 

Remerciements : ce projet interprofessionnel s'est fait grâce à l'implication forte des acteurs. Merci à ceux qui ont permis cet aboutissement, particulièrement à Didier Lefèbre, directeur territorial en charges des politiques publiques de santé pour la ville de Roubaix : son enthousiasme, sa ténacité ont fédéré tous les professionnels vers l'acquisition de nouvelles compétences ; à M. Maury, directeur de l'hôpital de Roubaix, et à J.P. Willem qui portent le projet avec conviction ; à Laurent Nawrocki, tuteur hospitalo-universitaire, qui établit des statistiques régulières de l'activité et contribue largement à sa pérennité.



Les coopérations entre médecins et autres professionnels de santé : quelques aspects appliqués d'éthique et de déontologie

Réflexions de l'Ordre des médecins pour une coopération des professionnels de santé au service des patients.

La coopération entre les médecins et les rapports que ceux-ci entretiennent avec les autres professionnels de santé pour assurer les prises en charge des patients ne sont pas quelque chose de nouveau. Ce qui l'est, en revanche, ce sont les tentatives d'organisation de ces coopérations pour mieux répondre aux évolutions sociétales, au vieillissement de la population, à l'émergence des maladies chroniques au long cours, à la situation de la démographie générale des professions de santé, aux demandes de nouvelles formes d'organisation du système de santé, à la télé-médecine. Cette énumération des causes n'est pas exhaustive.

La loi récente portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires consacre un article spécifique à ces coopérations. Bien plus, le tissu de la loi est imprégné par l'idée d'une structuration de ces coopérations lorsqu'il instaure le médecin de premier recours, lorsqu'il trace l'organisation de maisons pluridisciplinaire et pluriprofessionnelles, lorsqu'il crée les communautés hospitalières de territoires et les groupements de coopération sanitaires, lorsqu'il aborde l'éducation thérapeutique et la prévention au-delà des seules compétences médicales...

Dans le même temps, lorsque l'on écoute les jeunes médecins et les jeunes autres professionnels de santé, la structuration de ces coopérations est activement recherchée afin de permettre des exercices coordonnés et de recentrer les activités sur les « cœurs de métiers ». Coopération : cela ne signifie ni transfert de compétences ni délégation de tâches, que ce soit entre les médecins ou avec les autres professionnels de santé. Il s'agit

plutôt d'un partage, d'une mise en commun, d'un croisement des compétences des uns et des autres au service de la qualité des soins et d'une meilleure organisation des activités des professionnels.

En exprimant son point de vue, l'Ordre des médecins ne cherche qu'à apporter des éléments à la réflexion collective de la profession afin qu'elle puisse trouver elle-même les formes organisationnelles les mieux adaptées à la prise en charge des patients, et permettre ainsi à la puissance publique comme aux organismes de protection sociale de prendre les dispositions que les praticiens jugent conformes à la qualité de l'exercice de leur art.

Il ne s'agit nullement de fixer une doctrine exclusive. La démarche de l'Ordre des médecins se veut simplement proactive et facilitatrice : c'est, de toute évidence, le patient qui doit être le pivot du système de santé. En ce sens, une interprétation ouverte doit être donnée à la lecture des articles 32, 33 et 68¹

1. Article 32 (article R. 4127-32 du Code de la santé publique) « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents ».

Article 33 (article R. 4127-33 du code de la santé publique) « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés ».

Article 68 (article R.4127-68 du Code de la santé publique) « Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient ».

Dr Jacques Lucas

Vice-président de Conseil national de l'Ordre des médecins, chargé des systèmes d'information en santé

du Code de déontologie médicale, sans qu'il soit nécessaire d'en modifier la lettre.

Il se peut, en revanche, que des dispositions réglementaires — soit du Code de la santé publique soit du Code de la sécurité sociale — deviennent nécessaires afin d'assurer la stabilité juridique de ces coopérations et les formes des rémunérations qui s'y trouvent attachées, en ce qui concerne les exercices libéraux des professionnels impliqués.

Toutefois, les aspects déontologiques sur lesquels l'Ordre des médecins s'exprime ne concernent pas uniquement les exercices libéraux, loin s'en faut. Certes, les coopérations dans le cas des exercices hospitaliers publics s'inscrivent dans un cadre statutaire et une organisation administrativement hiérarchisée. On peut citer, entre autres, les accueils et orientations dans les services d'admission et d'urgence, ainsi que les fonctionnements des blocs opératoires ou des services de soins intensifs comme ceux des soins palliatifs.

Pour autant, la décision médicale, quel que soit le secteur de soins dans lequel elle est prise, reste indépendante et libre ou — plus exactement — elle ne relève que du consentement éclairé du patient face aux investigations ou aux soins qui lui sont préconisés. Dans cette prise de décision — et les attitudes qui en découleront — les coopérations entre les professionnels qui participent à la prise en charge du patient doivent être organisées, tant sur le plan des relations humaines que dans les relations techniques et thérapeutiques. La bonne cohésion de l'équipe de soins, qu'elle soit libérale, hospitalière ou mixte, est un gage essentiel de la qualité des soins et de la confiance du patient.

L'aphorisme selon lequel la relation médecin-patient serait celle du « colloque singulier » au cours duquel « une conscience répondait à une confiance » doit certainement être revisité. De plus en plus souvent, la relation est désormais « polyphonique ». Bien loin d'altérer la chaleur et la solidité de la relation humaine qui doivent présider à la prise en charge d'un patient — et parfois de son entourage —, les coopérations entre les professionnels de santé en refondent au contraire la valeur singulière. Y compris par l'expression d'une conception moins exclusivement médicale du secret. Tous les professionnels de santé sont astreints, par leurs éthiques et leurs déontologies, ainsi que par la loi, au respect de la confidentialité de ce qu'ils auront « vu, entendu ou compris ». Le secret confié à chaque membre d'une équipe de soins est appelé à être partagé « dans l'intérêt

du patient ». Il ne peut l'être qu'avec l'accord et la confiance de celui-ci, et il reste limité à ce qui est nécessaire et suffisant pour la bonne coordination des soins, avec les implications médico-sociales découlant de la maladie et des conditions de vie du patient.

Nous pouvons confirmer que les coopérations interprofessionnelles ont pour objectif principal celui de la coordination des soins organisée au bénéfice du patient. C'est ce qui se passe depuis fort longtemps. Encore faut-il qu'aujourd'hui il n'y ait pas de confusion des genres ou des compétences.

L'exercice des professions médicales et des professions de santé est réglementé. Cela donne au patient l'assurance que les professionnels qui interviennent dans sa prise en charge ont des compétences reconnues, soit parce qu'elles sont attachées à leur diplôme initial soit parce qu'elles ont été acquises de façon complémentaire à celui-ci, ce qui doit entraîner la reconnaissance officielle des acquis de l'expérience.

Définir un cadre juridique national en amont des mises en œuvre régionales

De plus, selon l'Ordre des médecins, la prise en charge coordonnée des soins dans le cadre des coopérations inter-professionnelles doit reposer sur des protocoles de « bonnes pratiques », dont les clauses essentielles devraient être nationalement déterminées par les représentations institutionnelles des professions concernées sous le couvert méthodologique de la Haute Autorité de santé. Évidemment, ce dispositif ne doit pas venir compliquer la nécessaire adaptation des pratiques de coopération aux réalités des besoins de prises en charge sur les territoires de santé. Au contraire, le mécanisme national, ainsi schématiquement décrit, doit contribuer à simplifier les procédures régionales en leur fixant un cadre nationalement harmonisé.

En outre, si les coopérations interprofessionnelles peuvent être organisées selon le modèle de l'engagement volontaire prévu par l'article 51 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, cela ne couvre pas l'ensemble du champ des coopérations, comme nous l'écrivions dès les premiers propos de ce papier.

Afin que les professionnels, comme les établissements d'ailleurs, puissent s'engager sans appréhension dans des coopérations structurées et actives sur un territoire de santé, la différence des régimes de responsabilité ne doit pas être occultée. En effet, les responsabilités encourues en cas de contentieux ne sont

pas les mêmes, selon que les professionnels interviennent dans le cadre de leurs compétences réglementées par le Code de la santé ou en extension de celles-ci, ainsi que selon leurs modes d'exercice : responsabilité civile personnelle et individuelle dans le cadre libéral et responsabilité de l'établissement public, hormis le cas de faute détachable du service, dans le cadre hospitalier public.

Ce point impose une réflexion juridique de portée nationale qui inviterait peut-être à faire évoluer les actuels principes du droit, si l'on veut faire coopérer structurellement des professionnels de statuts différents et les impliquer dans l'essor des applications de télémédecine, dont de nombreux rapports confirment l'impérieux besoin, en terme d'équité territoriale dans l'accès aux soins.

Ces éléments d'analyse ont été déjà examinés lors des rencontres régulières entre les conseils nationaux des ordres des professions de santé. Il faut réaffirmer clairement que les conseils nationaux des ordres des professions de santé sont tous favorables aux coopérations territoriales et souhaitent même les faciliter et les promouvoir au bénéfice de la coordination des soins. Cette coordination est assurément perfectible. Notamment entre les secteurs de l'hospitalisation, qu'ils soient publics ou privés, et le secteur ambulatoire de « médecine de ville ». En ce sens, les conseils nationaux des ordres se félicitent des avancées ouvertes par la loi et contribueront à apporter leurs expertises sur le respect des déontologies des professions impliquées, leurs contributions à l'élaboration des protocoles de bonnes pratiques, leurs appréciations sur les évolutions possibles des régimes de responsabilité et leurs réflexions sur les formes de financement attachées à cet exercice coopératif interprofessionnel et intersectoriel.

Partager les données en préservant les droits des patients

Ils apporteront aussi leurs contributions actives sur les échanges informatisés et les partages des données personnelles de santé. En effet, comment coopérer sans avoir connaissance de l'histoire médicale du patient, soit à l'occasion d'un épisode de soins, soit en raison d'un suivi coordonné au long cours ?

Ces échanges et ces partages comportent un préalable essentiel : le patient — citoyen libre — doit y consentir et doit pouvoir exercer un droit d'opposition. À cet égard, un travail coopératif a été activé par l'Agence des systèmes d'information partagé en santé



afin d'élaborer un guide de bonnes pratiques dans le recueil de ce consentement en fonction de diverses situations concrètes où il doit être donné. Nous y avons contribué, parmi d'autres, dont une représentation de la Cnil et des associations de patients, et nous inviterons le lecteur à s'y référer lors de la prochaine publication de ce document.

Ce partage peut être appliqué à un dossier informatisé au sein d'un établissement, à un dossier communicant de cancérologie, à un dossier réseau, à un dossier lors d'une hospitalisation à domicile, à un dossier médico-social d'établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes... Dans tous les cas, outre le recueil du consentement à l'ouverture du dossier informatisé, comportant le respect de la loi informatique et libertés, les habilitations d'accès doivent être fixées et le journal des traces des personnes qui y auront accédé —

soit en simple lecture, soit en écriture — doit être rigoureusement organisé.

Le sujet est vaste. Il paraît complexe alors qu'il est aujourd'hui technologiquement aisément soluble. La question dépasse d'ailleurs le cadre de ces dossiers répartis en fonction de diverses situations puisqu'elle doit être tranchée pour ce qui figurera et sera consultable dans le dossier médical (DMP). Il ne peut y avoir de coopérations fructueuses et fiables, dans l'intérêt des qualités des prises en charge des patients et de la coordination des soins qui leur sont prodigués, sans circulation protégée des informations au sein de l'équipe de soins. L'informatisation est un moyen de faciliter les choses.

Au nombre des moyens informatiques, le Conseil national de l'Ordre des médecins fait prospérer l'opinion qu'outre le partage des données inscrites dans un dossier, les

échanges électroniques de données ponctuelles lors d'un épisode de soins, de divers compte rendus pertinents, de prescription de soins ou de médicaments constituent un pré-requis. Ces échanges par messageries sécurisées dédiées aux usages professionnels doivent obéir aux mêmes règles de confidentialité et de traçabilité que celles qui s'appliquent au partage de dossier, aux mêmes obligations de consentement et au principe d'ordre public du secret de la correspondance. Il convient donc de bâtir ce système d'échanges et de prendre sur ce chemin des initiatives opérantes débordant le cadre médico-médical et s'ouvrant vers l'ensemble des professionnels de santé appelés à coopérer, sans omettre le secteur médico-social.

Là se trouve également une coopération nécessaire entre les professionnels : celle des ordres qui les représentent. 

À l'heure de la réorganisation des soins dans les territoires : comment sortir du poids de l'histoire ?

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » permet-elle une véritable coopération entre professionnels de santé ? L'Ordre des infirmiers doute que les mesures décidées soient suffisantes et regrette qu'un état des lieux des pratiques soignantes actuelles n'ait pas été réalisé au préalable.

Dominique Le Bœuf
Présidente du Conseil national de
l'Ordre des infirmiers

Les regroupements de professionnels et la répartition entre eux de leurs activités sont au cœur des débats sur l'évolution souhaitable de notre système de santé. Ces questions concernent au premier chef les infirmiers, qui, avec les médecins, sont les pivots de l'organisation des soins.

Il s'agit d'améliorer la prise en charge des patients, de plus en plus complexe, surtout en milieu ambulatoire, réputé cloisonné, voire éclaté, entre ses acteurs.

Mais pouvons-nous réformer réellement le système sur le mode d'un « *one best way* » réducteur, incapable de faire face à une telle complexité ? Cette « meilleure méthode » supposée se résumerait en effet à deux articles de la loi HPST du 21 juillet 2009 :

- l'article 51, organisant la nécessaire collaboration entre professionnels « *pour mieux répondre aux besoins de santé de la population et s'adapter aux pratiques des professionnels tout en garantissant un haut niveau de sécurité et de qualité* » ;

- l'article 39, de cette même loi, destiné à promouvoir les maisons de santé.

La nécessité, voire l'urgence, d'une évolution s'inscrit, comme dans la majorité des pays développés, dans un contexte de préoccupations économiques et de recherche d'égalité d'accès aux soins [59].

Les besoins de santé vont en effet exploser à l'avenir, dans une population vieillissante qui, tout en gagnant chaque année un trimestre d'espérance de vie, voit augmenter la prévalence des maladies chroniques. Les travaux préparatoires à la nouvelle loi de santé publique, menés par le HCSP [33] recommandent une amélioration effective et graduée

du parcours de soins et de sa coordination qui, dans le cadre des maladies chroniques, nécessite de véritables compétences professionnelles en matière de coopération clinique.

Démographie médicale : une crise imminente

Par ailleurs, ils vont se heurter à la pénurie annoncée de professionnels de santé, en particulier médecins et infirmiers, qui sont les pivots de la prise en charge des soins.

Le dernier rapport de l'OCDE sur les professionnels de santé n'a pas hésité à qualifier la situation démographique des médecins et des infirmiers, au regard des besoins de santé, de « crise imminente ». Au cœur de ses préconisations, il a mis l'accent sur la formation et l'éducation [58]. De nombreuses analyses européennes publiées fondent largement cette évolution nécessaire sur un élargissement des compétences infirmières et une véritable reconnaissance de l'expertise autonome de la profession (*advanced practice nursing*), parallèlement à une réorganisation du travail pour une meilleure prise en charge du patient [30]. L'OCDE mène actuellement une revue des expériences internationales significatives dans ce domaine qui démontre le retard pris en France et détermine avec précision les facteurs-clés de succès de ces évolutions incontournables.

Ces urgences sont aussi au cœur des préoccupations françaises depuis la fin des années 1990, mais sous l'angle étroit d'une réponse à la baisse de la démographie médicale et dans une vision centrée avant tout sur l'hôpital et sur le médecin.

Ainsi, dès l'année 2000, les doyens des



facultés de médecine, le Conseil national de l'Ordre des médecins et la communauté hospitalière ont fait des propositions dans ce sens à Martine Aubry, alors ministre en charge de la Santé. Ces propositions ont trouvé en 2001 un prolongement dans la neuvième recommandation du rapport de Guy Nicolas, sur les mesures à prendre au vu de l'évolution de la démographie médicale : « reconnaître le rôle des professionnels de santé non médecins et déterminer pour chaque spécialité les actes qui pourraient être transférés dans leur champ de compétence propre » [57].

Cette vision s'est traduite dans les discours et les rapports de l'ONDPS [6], puis de la Haute Autorité de santé [35], par le souhait d'un recentrage du temps médical : il s'agissait d'« abandonner » à d'autres professionnels de santé les gestes médicaux qui ne demandent plus « une compétence médicale pointue », pour répondre à la « demande de soins grandissante au regard de sa démographie et à l'évolution des technologies ». Il n'était pas question pour autant de reconnaître à ces autres professionnels une quelconque indépendance [25].

Cette conception est particulière à la France : elle est liée à l'histoire de notre système de santé. L'infirmier y est avant tout formé pour assister le médecin, qui veut bien lui déléguer des actes, et répondre aux besoins de l'hôpital d'employer une main-d'œuvre adaptée à ses souhaits.

En effet, les lieux de formation infirmière ont été créés dès leur origine, en 1883, « par les hôpitaux, pour les hôpitaux » pour répondre au sein de ces établissements « à un besoin aigu de personnes formées dans les établissements de santé » et aux besoins des médecins de « s'en-tourer de personnels formés » [63]. Une telle conception, enfermée dans le cadre d'emploi hospitalier (supposé seul lieu de formation profitable pour les infirmiers), perdure encore sans possibilités apparentes d'évolution, sauf à créer de nouveaux métiers.

Cette conception française de l'infirmier se reflète aussi dans l'article de loi qui définit l'exercice illégal de la médecine (art. L. 4161-1 du Code de la santé publique) [56].

Selon cet article, exercerait illégalement la médecine tout infirmier qui prendrait part habituellement à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, sauf s'il agit « comme aide d'un médecin » ou accomplit des actes professionnels dont la liste est établie « par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine ».

Ainsi, l'infirmier n'est considéré que comme un « auxiliaire médical » auprès du médecin,

ou ne peut accomplir que des actes énumérés par décret de façon limitative.

Ce schéma de pensée et cette organisation ne permettent aucune évolution véritable en matière de qualification et de reconnaissance des expertises infirmières.

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » : des solutions insuffisantes

Les solutions prévues par la loi HPST — le regroupement de professionnels au sein de maisons de santé et les protocoles de coopération — permettent-elles de remédier à ces blocages ? On peut en douter.

- Le regroupement des professionnels, dans l'idée que « plus on est proche, mieux on se parle, mieux on travaille ensemble » est-il une solution qui s'impose, à l'heure du numérique et de l'Internet ? Le nécessaire partage des données ne peut-il se développer qu'au sein d'une structure physiquement regroupée ? Celle-ci correspond-elle vraiment aux besoins des patients et au rythme des soins, notamment en ambulatoire ?

- La prise en charge des patients peut-elle se réduire à un inventaire « protocolisé » des activités de chacun, dans une organisation digne de Taylor ? Peut-on « saucissonner » les éléments de la prise en charge du patient, en continuant à faire travailler les professionnels à la chaîne ?

Ces visions dépassées freinent aujourd'hui toute évolution de la profession infirmière. Elles vouent essentiellement l'infirmier, contrairement aux évolutions des autres pays européens :

- à « boucher des trous » pour pallier les défauts d'organisation du système de santé, « le manque de coordination », sans jamais évoquer la nécessaire expertise clinique et médicale ;

- à remédier à des insuffisances (alléguées mais encore à démontrer) des coopérations entre les différentes professions, sans jamais mettre à profit l'ensemble des compétences infirmières, notamment en matière de prévention, de coordination, d'évaluation globale des besoins de santé, d'éducation thérapeutique. Pourtant, paradoxalement, ces compétences sont déjà bien inscrites dans les dispositions réglementant la profession (art. R. 4311-15 du CSP).

La coopération entre professionnels de santé peut être pensée autrement, avec un contenu professionnel qui permette de donner du sens aux évolutions.

Il faut pour cela établir au plus vite, dans notre pays, un état des lieux des pratiques

soignantes actuelles, en les confrontant à ce que prévoient les textes en vigueur. Cette étude, pourtant annoncée par les rapports successifs du Pr Berland, n'a jamais été faite pour les infirmiers, contrairement aux professions médicales.

À ce jour, le ministère de la Santé n'a jamais entrepris d'observation des pratiques infirmières, ni en milieu hospitalier ni en ville, se cantonnant à une analyse sociologique du métier d'infirmier libéral, qui déplore d'ailleurs dans son préambule : « le manque encore parfois criant de précision dans la connaissance des contours mêmes de ce métier » [72].

La réingénierie du diplôme d'État d'infirmier a été effectuée sans aucune analyse préalable des évolutions desdites pratiques.

Or, dans la plupart des autres pays avancés, les évolutions ont été accompagnées de longue date par les organisations professionnelles légitimes les plus compétentes que sont les sociétés savantes ou les institutions ordinales.

Cette approche permettrait de revisiter les expertises soignantes de chacun des corps professionnels engagés dans les prises en charge, voire de découvrir des trésors d'évolution possibles dans le champ réglementaire existant. Et cela, sans s'arrêter à des susceptibilités de préséance entre les professions et les activités, mais plutôt en se centrant sur le patient et son parcours.

Une telle démarche a aussi permis de nourrir de grandes réformes des systèmes de santé nationaux, au plus près des besoins spécifiques de soins.

La question est donc de savoir si les besoins de santé des patients, que les infirmiers prennent en charge au quotidien, peuvent se contenter d'un avenir de la profession strictement conditionné par le poids de l'histoire et la place symbolique qu'elle occupe encore dans la politique de santé [28].

L'Ordre national des infirmiers, que le Code de la santé publique charge expressément de promouvoir la profession au service de la qualité des soins, ne peut envisager cet avenir ainsi. Il y travaille avec ses partenaires du Comité de liaison inter-ordres (le Clio santé), dans une perspective résolument actuelle et au service du patient. 

Tous coopérateurs !

**La coopération est utile
aux professionnels.
Elle est indispensable
aux patients pour la
coordination de leurs
soins. Elle doit donc
devenir un principe
de portée générale au
service d'une meilleure
prise en charge des
patients.**

Christian Saout
Président du Collectif interassociatif
sur la santé

La coopération des professionnels de santé n'est pas totalement une nouveauté. Des formes de coopération entre professionnels se sont établies au fil du temps. Par exemple pour évaluer leurs pratiques, avec les groupes Balint des années 1970. Ou pour organiser leur travail, même si cela n'a guère prospéré au-delà d'associations professionnelles de même discipline : dans les cabinets de groupe, il s'agit surtout de réunir les mêmes spécialités plutôt que de permettre un exercice regroupé entre plusieurs disciplines. Ou encore pour faire dialoguer la ville et l'hôpital, puisqu'on a pu voir se développer de nombreux réseaux ville-hôpital avec le soutien du Fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins, sans éviter cependant le défaut qu'ils soient souvent trop centrés sur l'un ou l'autre pôle. Des pratiques de diagnostic et de choix de prise en charge concertées se sont également développées, de façon informelle dans de nombreux domaines mais très codifiée en cancérologie. Enfin, dans la pratique « au fil de l'eau », les généralistes recherchent souvent l'avis du spécialiste, le rapprochement avec l'établissement de soins ou la mise en œuvre des compétences d'un autre professionnel de santé pour parvenir au succès d'un schéma thérapeutique.

Ces pratiques coopératives n'offrent cependant pas un bilan très favorable. Elles n'ont pas permis de changer la médecine du ^{xx}e siècle, toujours marquée par un exercice isolé, pour la faire entrer de plain pied dans un ^{xxi}e siècle attendant que les acteurs s'adaptent à l'esprit du temps qui voit prospérer, quel que soit le domaine considéré, les alliances entre parties prenantes.

Dans ce contexte, la loi du 21 juillet 2009

portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires densifie considérablement les possibilités de coopération entre professionnels de santé. Elle incite à la constitution de cabinets de groupe. Elle institue des maisons de santé pluri-professionnelles. Elle offre de nouvelles possibilités pour les centres de santé. Elle reconnaît les pôles de santé. Elle réaffirme l'intérêt des pouvoirs publics pour les réseaux de santé. Elle dessine de nouveaux contours pour les groupements de coopération sanitaire. Les communautés hospitalières de territoire que crée la loi sont aussi, à bien des égards, des organisations nouvelles postulant la coopération des professionnels de santé de la dite communauté. Elle offre un cadre juridique éclairci pour la télémédecine. Enfin, la reconnaissance légale de l'éducation thérapeutique emporte nécessairement la coopération des professionnels dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces programmes.

Franchement, c'est un changement d'échelle. À ce que l'évolution naturelle et souhaitable n'a pas permis d'aboutir, la loi se propose d'offrir un cadre de relance à la disposition des acteurs du système de santé. Il était nécessaire car il y a de nouveaux besoins qui sollicitent violemment l'organisation du passé.

Nouveaux besoins

Le développement des maladies chroniques, leur « explosion » selon certains¹, modifie

1. Plus de 9 millions de bénéficiaires du régime des affections de longue durée (chiffre de la Cnamts pour l'année 2008), 15 millions de malades chroniques (Direction générale de la santé, Plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, avril 2007).



considérablement les organisations et les schémas de prise en charge aigus auxquels nous étions accoutumés. Opérer et hospitaliser ou traiter à domicile en quelques semaines n'a rien à voir avec l'organisation d'une prise en charge sur vingt, trente ou quarante ans avec des épisodes aigus et des allers-retours incessants entre des phases d'apaisement et des poussées évolutives d'une maladie.

Pour de nombreux patients, avec une durée moyenne de séjour à l'hôpital qui se réduit, c'est l'organisation de la prise en charge lors du retour à domicile qui révèle de nouvelles exigences : hospitalisation à domicile encore insuffisante, coordination des professionnels reposant le plus souvent sur la bonne volonté de l'intervenant(e) principal(e) au domicile du patient, établissements de moyen séjour ou de soins de suite et de réadaptation indisponibles. Pour d'autres encore, il n'y a même plus de coopérations à imaginer car les professionnels ont déserté leur territoire!

Pour un nombre de plus en plus important de patients, c'est l'absence quasi totale de coordination dans le recours « ordinaire » au système de soins qui impacte le bénéfice qu'ils pourraient tirer d'une organisation plus concertée permettant de déléguer le suivi ou la mise en œuvre d'un schéma thérapeutique à d'autres professionnels que le médecin devenu moins disponible, quelle qu'en soit la raison. D'ailleurs, le parcours de soins de l'Assurance maladie n'est qu'une porte d'entrée « tarifaire ». Ce n'est même pas le socle de ce que pourrait être un véritable parcours de soins coordonnés que nos pouvoirs publics ont eu tort de ne pas initier.

Enfin, le lien social qui se délite augmente le recours aux professionnels de santé. Certains d'entre eux estiment qu'ils ne sont pas en charge des « travaux de couture » du lien social. C'est sans doute vrai. Mais il nous faut pourtant répondre à ce besoin nouveau. Ce que plusieurs pays ont institué avec un nouveau métier, le gestionnaire de cas, mais que nos assistant(e)s sociaux(ales) sont impropres à conduire dans un domaine sanitaire qui n'est pas strictement le leur.

Nouveaux enjeux

Ces nouveaux besoins recoupent de nouveaux enjeux. Les aspirations des professionnels ont évolué au fil du temps. La jeune génération affirme son goût de l'exercice collégial et des exigences de qualité de vie professionnelle parfaitement respectables mais qui demandent à trouver un débouché, tout autant que les aspirations des patients.

La situation des comptes publics de notre pays impose la recherche d'une plus grande performance du système de soins, à l'instar des autres services publics. La nouvelle tarification hospitalière (T2A, Migac, Merri) est incontestablement plus pertinente que le précédent mode d'allocation des ressources. Elle doit encore évoluer pour mieux prendre en compte la dimension clinique du soin, trop négligée. En médecine ambulatoire, des efforts tout aussi considérables sont à accomplir pour de nouveaux modes de tarification plus soucieux de suivi clinique, de coordination ambulatoire et de santé publique.

À côté de la performance, non sans lien avec elle d'ailleurs, le thème de la pertinence des soins est de plus en plus soulevé par les patients qui commencent à s'intéresser aux données statistiques et s'inquiètent de voir que la prescription de médicaments ou l'intervention chirurgicale ne voient pas la même évolution d'une région à l'autre selon la démographie des spécialités : un autre défi de santé publique!

Enfin, la sécurité des soins prend des contours renouvelés : si la lutte pour plus de sécurité doit être poursuivie à l'hôpital, elle doit être lancée aussi dans les établissements de long séjour tout autant que dans la prise en charge au domicile.

Ces enjeux ne pourront être relevés qu'avec plus de coopération entre les professionnels et probablement l'arrivée de nouveaux métiers ou à tout le moins l'exercice de nouvelles compétences qui ne manquera pas de susciter le besoin de coopération.

Nouveaux risques

Mais il ne faudrait pas qu'à ces ambitions nouvelles et parfaitement fondées répondent la multiplication de nouveaux risques.

D'abord, coopérer n'est pas coordonner. Or si les patients ont besoin de coopération entre les professionnels de santé c'est pour des soins mieux coordonnés. Si cet objectif n'est pas tenu, la coopération fera probablement du bien aux professionnels — et pourquoi pas? — mais elle ne changera rien au défi de la coordination des soins.

Ensuite, organiser la coopération des acteurs, c'est augmenter le défi de la complexité pour la puissance publique dans sa mission de régulation du domaine. La concertation que doivent initier nos responsables publics autour des textes va elle aussi se complexifier. Le management public doit lui aussi changer d'échelle et être mieux coordonné. Ce n'est pas ce qui a été observé dans l'arrêté pris

pour l'application de l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 réformant l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Les ordres professionnels et les associations ont vivement critiqué le texte publié, qui aurait pourtant dû, dans un tel domaine, recueillir l'assentiment de tous.

Par ailleurs, on oublie trop les questions d'éthique dans ces modes coopératifs. Notamment en ce qui concerne le recueil et la transmission de données de santé dématérialisées indispensables au progrès dans la coopération des professionnels et la coordination des soins. Les processus de régulation dans ce domaine, malgré la création de l'Agence des systèmes d'information partagés en santé, sont encore incertains. Ils demandent à être établis rapidement. Deux séquences sont particulièrement fragiles : le consentement à l'ouverture d'un dossier électronique de santé dont les modalités sont trop variées pour ne pas être source de confusion, la traçabilité des échanges qui doit être totale si on veut une « libéralisation » des échanges dont nous avons besoin pour éviter les pertes de chances.

Enfin, à quoi cela va-t-il servir d'avoir des soins plus coopératifs si nous ne pouvons pas y avoir accès? Après la sécurité et la qualité des soins qui a été l'horizon des vingt dernières années du ^{xx}e siècle, la première décennie du nouveau siècle révèle que c'est la question de l'accès aux soins qui est au cœur de nos préoccupations. Après les refus de soins, après les dépassements d'honoraires, y aura-t-il des soins coordonnés uniquement pour ceux qui ont la chance de vivre dans des territoires prometteurs où les professionnels ont le souci des approches collégiales? C'est une des interrogations laissées ouvertes par le législateur, qui n'a pas fait de la coopération entre les professionnels de santé une obligation mais une option!

Ultime remarque : les coopérations ne doivent pas laisser à leur porte les nouveaux acteurs de la prise en charge que sont les associations de patients de plus en plus soucieuses d'apporter des services dans la prise en charge des malades, ni les régimes obligatoires et complémentaires, eux aussi intéressés à faire entendre leur voix dans ce domaine.

Plus que jamais la coopération est indispensable, mais elle n'a de sens que si l'on en fait un principe de portée générale. 

Bibliographie générale

1. Abbott A. *The System of professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago : The University of Chicago Press, 1998.
2. Anaes. *Principes d'évaluation des réseaux de santé*. Anaes, août 1999.
3. Becky F. Enrolled nurses and the professionalisation of nursing : a comparison of nurse education and skill mix in Australia and the UK. *International Journal of Nursing Studies* 36, 1999, 127-135.
4. Berland Y., Bourgueil Y. *Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé*. 2006, <http://www.sante-sports.gouv.fr/cooperation-et-delegation-de-taches-entre-professions-de-sante.html>
5. Berland Y., Gausseron T. *Démographie des professions de santé*. 2002, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000643/index.shtml>
6. Berland Y. *Mission « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*. Rapport d'étape présenté, octobre 2003, http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland/rapport_complet.pdf
7. Bluestone J., Piego J.H. *Task Shifting for a Strategic Skill Mix*. 2006, Capacity Project knowledge sharing.
8. Bourgeault I. L., Lindsay S. Who's minding the gate ? Comparing the primary health care division of labour in Canada & the U.S. *SEDAP - Research paper*, 2007 n° 205. <http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/p/sedap205.pdf>
9. Bourgueil Y. La formation pour la pratique « avancée » des infirmières en France. *Soins cadres*, 2006, n° 59 août, 62-64.
10. Bourgueil Y., Marek A., and Mousques J., (2006), Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières : l'apport d'expériences européennes et canadiennes : rapport d'étude et actes de la journée du 16 juin 2005. 257 p. Paris : Irdes.
11. Buchan J. Health sector reform and human resources : lessons from the United Kingdom. *Health Policy Plan*. 15, 2000, n° 3 : 319-325.
12. Buchan J. If changing skill mix is the answer, what is the question ? *J. Health Serv. Res. Policy* 6, 2001, no. 4 : 233-238.
13. Buchan J., Calman L. Skill-mix and policy change in the health workforce : nurses in advanced roles. *OECD Working Papers*, number 17. 2004(8). Paris : OECD.
14. CNEH. *Réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé*. Rapport final pour la HAS, février 2008.
15. Comité international des infirmières. *Definition and Characteristics of the Role : Nurse Practitioner and Advanced Practice Roles*. USA, 2003, Network.
16. Comité international des infirmières. *Domaine de pratique, normes et compétences pour l'infirmière de pratique avancée*. 2002, Série du CII sur la réglementation.
17. Conseil international des infirmières. *Domaine de pratique, normes et compétences pour l'infirmière de pratique avancée*. 2008, Série du CII sur la réglementation
18. Debout C. Pratiques avancées et filière clinique infirmière. *Soins*, 2004, n° 684 avril, 39-42.
19. Delannoy C., Mairlot A.F. Infirmière en pratique avancée, une fonction à développer en Europe. *Soins cadres*, 2004, n° 58 mai, 65-68.
20. Denton F., Gafni A., Spencer B. et al. Potential savings from the adoption of nurse practitioner technology in the Canadian health care system, *Socio-Econ Plan Sci*, 1983, vol 17, n° 4, p. 199-209.
21. Dovlo D. Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. *Human Resources for Health* 2, 2004, n° 1:7.
22. Drabo P., Nell A. Aspects importants de l'organisation d'un cabinet d'odontologie pédiatrique tenant compte des enfants non coopératifs, 2/2008-1/2009, p. 3-8, CHU d'odontologie, Vienne, Autriche.
23. Droz D., Guéguen R., Bruncher P., Gerhard J-L., Roland E. Enquête épidémiologique sur la santé bucco-dentaire d'enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle. *Archives de pédiatrie*, 2006, n° 13, p. 1222-9.
24. Dutil R. Médecins et infirmières. *Le Médecin du Québec*, 2004, vol. 39, n° 9 septembre, 11-12.
25. *Délégation et transfert de compétences*. Cnom, rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins des 29 et 30 janvier 2004.
26. Elarabi S.E.A., Harchaoui J., Taabouz A., Msefer S. La polycarie infantile : facteurs de risques. *Journal dentaire du Québec*, 2001, n° XXXVIII, p. 363-371.
27. États généraux de l'organisation de la santé (Egos). Synthèse des travaux des 2 journées nationales (8 février et 9 avril 2008). Dhos, ONDPS.
28. Feroni I., Kober A. L'autonomie des infirmières. Une comparaison France/Grande Bretagne, *Sciences sociales et santé*, vol. 11, n° 3, septembre 1995.
29. Formarier M., Jovic L. (sous la direction de). *Les concepts en sciences infirmières*. ARSI, Éditions Mallet Conseil, 2009.
30. Giger M., de Geest S. Les soins de premiers recours doivent répondre à des exigences rapidement changeantes, de nouveaux modèles de soins et de nouvelles compétences. *Bulletin des médecins suisses*, 2008, 89-43.
31. Gilks C. F., Crowley S., Ekpini R., Gove S., Perriens J., Souteyrand Y., Sutherland D. et al. The WHO public-health approach to anti-retroviral treatment against HIV in resource-limited settings1. *The Lancet*, 2006, 368, no. 9534:505-510.
32. Goodkin D. A., Mapes D. L., Held P. J. The dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS) ; how can we improve the care of hemodialysis patients ? , *Semin. Dial.*, 2001, 14 : 157-9.
33. HCSP. *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*. Rapport HCSP, novembre 2009.
34. Haute Autorité de santé. *Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade*. Monographie HAS, juin 2008, site de la HAS.
35. Haute Autorité de santé, en collaboration avec l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé. *Délégation, transferts, nouveaux métiers...* Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, recommandation, avril 2008.
36. Haute Autorité de santé. Rapport d'étape HAS, *Conditions des nouvelles formes de coopération*, janvier 2007, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_etape_cooperation.pdf
37. Hunter D. J. The changing roles of health care personnel in health and



Bibliographie générale (suite)

- health care management. *Soc. Sci. Med.*, 1996, 43, n° 5 : 799-808.
38. Jenkins-Clarke S., Carr-Hill R., Dixon P. Teams and seams : skill mix in primary care. *J Advan Nurs*, 1998, vol 28, n° 5, p. 1120-1126.
39. Joint WHO/PEPFAR meeting on Task Shifting. Kigali, 14 juin 2007, <http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/Kigali%20Meeting%20-%20report.pdf>
40. Jovic L. La consultation infirmière à l'hôpital. Éditions ENSP, 2002.
41. Jovic L., Goldszmidt D. Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux. Un référentiel pour les managers. *Gestions hospitalières*, 2009, n° 483, février, 111-114.
42. Jovic L., Guenot C., Nabères A., Maison P. Pratiques avancées des professionnels paramédicaux. Étude exploratoire dans la région Ile-de-France. *Recherche en soins infirmiers*, 2009, n° 99, 117-132.
43. Kernick D., Reinhold D., Mitchell A., 1999, How should patients consult ? A study of the differences in viewpoint between doctors and patients, *Fam Pract*, vol 16, n° 6, pp. 562-565.
44. Kernick D., Scott A. Economic approaches to doctor/nurse skill mix : problems, pitfalls, and partial solutions. *British Journal of General Practice* : 2002, 42-46.
45. Kinley H., et al. Extended scope of nursing practice : a multicentre randomised controlled trial of appropriately trained nurses and preregistration house officers in pre-operative assessment in elective general surgery. *Health Technology Assessment*, 2001, 5 (20).
46. Klingberg G. Sédation pour les soins dentaires chez les enfants : considérations éthiques. *Réalités cliniques*, 2005, n° 16 [3], p. 221-230.
47. Laperrière H. Réflexion sur la pratique avancée en soins communautaires dans le contexte de vulnérabilité. *L'infirmière clinicienne*, 2006, vol. 3, n° 1 http://wer.uqar.qc.ca/revue-inf/documents/Laperriere_Helene-inf-Clinicienne_vol3_1_002.pdf
48. Laurant M., Reeve D., Hermens R., Braspenning R., Grol R. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Library (The)*, 2005 [2], 34 p.
49. L'évaluation des réseaux de soins. *Enjeux et recommandations*. Groupe Image/ENSP et Credes, mai 2001.
50. Micheau J., Matharan J., Rigal E. *Le métier de masseur kinésithérapeute*. Plein, Sens ONDPS, 2009.
51. Midy F. Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières : revue de la littérature 1970-2002. *Questions d'économie de la santé*, 2003, [65].
52. Ministère de la santé de la jeunesse et des sports. *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière. Monographie de 10 métiers et groupes métiers sensibles*. Éditions ENSP, 2007, Tome 2.
53. Mino J.-C., Lert F. Le travail invisible des équipes mobiles de soutien et conseils en soins palliatifs au domicile. *Sciences sociales et santé*, 2003 ; 21 (1) : 35-63
54. Moreau D. Pour une pratique exemplaire dans la formation en sciences infirmières. *Soins cadres*, 2006, n° 60 novembre, 65-68.
55. Moret-Bailly J. La loi HPST et l'accès aux soins (Dossier « la loi Hôpital, patients, santé et territoires »), *Rev. dr. sanit. et soc.*, n° 5, 2009, 820-831.
56. Moret-Bailly J., Les modes de définition des professions de santé, présent et avenir, *Rev. dr. sanit. et soc.*, n° 3, 2008, 508-519.
57. Nicolas G., Duret V. *Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale*. Document Dhos, 2001.
58. OCDE. *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : comment répondre à la crise imminente ?* OCDE, 2008.
59. OCDE. *Panorama de la santé 2009 — indicateurs de l'OCDE*. OCDE 2009.
60. ONDPS, Bessière S., Coldefy M., Collet M. *Une typologie des configurations de l'offre de soins de premier recours au niveau cantonal*. ONDPS, rapport 2005, tome 1.
61. ONDPS, Cunéo P., Cases C. (coordination). *Démographie régionale de cinq professions de santé de premier recours*. ONDPS, rapport 2004, tome 4.
62. ONDPS, Rapport du comité régional de l'Ile-de-France, 2009.
63. Pierre-Jeanguiot N. Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. *Revue de l'ARSI*, n° 87, décembre 2006.
64. Robelet M., Serré M., Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales*, 2005 ; 1 : 233-260.
65. Selwitz H. R., Ismail I. A., Pitts B.N. Dental caries. *The Lancet*, 2007, n° 369, p. 51-59.
66. Sibbald B., Shen J., and McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. *J. Health Serv. Res. Policy*, 2004, 9 Suppl 1:28-38.
67. Sicart D. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2009. Drees, série Statistiques, 2009, n° 131 avril.
68. Strauss A. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*. Paris : L'Harmattan, 1992.
69. UIPARM. Référentiels métiers et compétences : approche interprofessionnelle pour les médico-techniques et rééducateurs. *Soins cadres*, 2006, n° 58 mai, 11-12.
70. Vega A. *Rapports professionnels et type de clientèle médecins libéraux et salariés*. Drees, série Études, 2005.
71. Vigil-Ripoche M.-A. (2007). *Pratiques avancées, de quoi parlons nous ?* <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/pratiques-avancees-de-quoi-parlons-nous.html>
72. Vilbrod A., Douguet F. avec la collaboration de Lefeuvre S. et de Le Minoux N. *Le métier d'infirmière libérale*. Tome 1 et 2. Drees, série Études et Documents, ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, n° 58, avril 2006.
73. WHO and HIV/AIDS Programme. *Taking Stock : Health Worker Shortages and the Response to AIDS*. Genève, 2006, WHO.
74. WHO and UNAIDS. *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy. A report on « 3 by 5 » and beyond*. Genève, 2006, WHO.
75. WHO. *The world health report 2006 — working Together for Health*. Genève, 2006, WHO.
76. WHO. *Treat, Train, Retain. The AIDS and health workforce plan*. Report on the consultation on AIDS and human resources for health. 1-80. Genève, 2006, WHO.