



# 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)

**L**a 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<sup>e</sup> 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 des 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<sup>er</sup> « 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

**A**près 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)<sup>1</sup>.

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.

1. Données transmises par la Cnamts.

**Martine Burdillat**  
Secrétaire générale,  
ONDPS



tableau 1

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

Au 1 <sup>er</sup> 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	209143	7,80 %	0,80 %	39,7 %	7,2 %	36,7 %
Chirurgien-Dentistes	41116	1,40 %	0,20 %	37,4 %	14,4 %	31,3 %
Pharmaciens	73128	25,20 %	2,50 %	65,3 %	16,3 %	25,6 %
Sages-Femmes	18847	31,30 %	3,10 %	98,4 %	31,3 %	16,4 %
Infirmiers	495834	29,50 %	2,90 %	87,5 %	29,4 %	15,3 %
Masseur-Kinésithérapeutes	66919	28,60 %	2,80 %	46,8 %	32,8 %	22,4 %
Orthophonistes	18506	37,30 %	3,60 %	96,2 %	30,7 %	21,6 %
Orthoptistes	3081	44,20 %	4,10 %	91,3 %	38,5 %	14,2 %
Psychomotriciens	7181	56,50 %	5,10 %	87,0 %	35,4 %	14,1 %
Pédicures-Podologues	11045	25,70 %	2,60 %	67,3 %	37,5 %	17,4 %
Ergothérapeutes	6834	75,80 %	6,50 %	86,2 %	47,4 %	9,0 %
Audio-Prothésistes	2229	69,80 %	6,10 %	43,2 %	38,3 %	20,0 %
Opticien-Lunetiers	19575	95,50 %	7,70 %	49,5 %	50,5 %	13,7 %
Manipulateurs ERM	27489	27,30 %	2,70 %	72,6 %	27,1 %	20,0 %
<b>Total</b>	<b>1000927</b>	<b>23,90 %</b>	<b>2,40 %</b>	<b>69,9 %</b>	<b>24,1 %</b>	<b>21,9 %</b>
Ensemble des professions de santé réglementées* par le Code de la santé publique						
	1009097	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 optométristes, 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 structururations 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

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 électroradiologie<sup>2</sup>. 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.

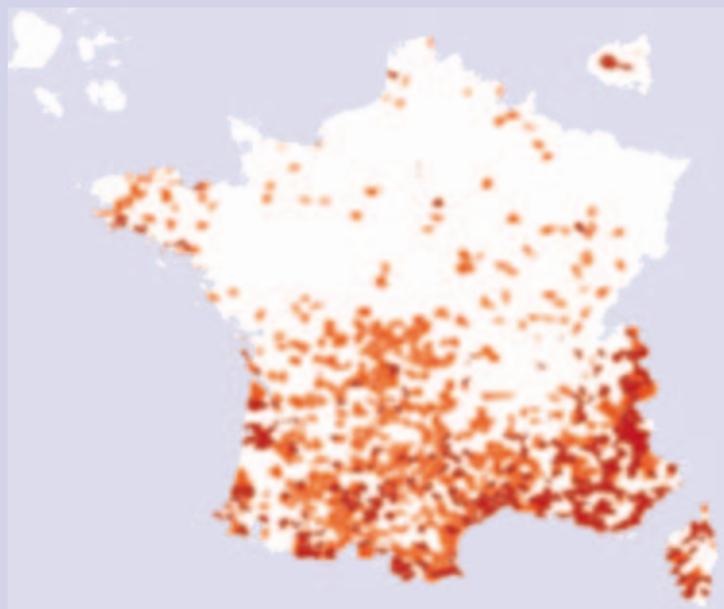
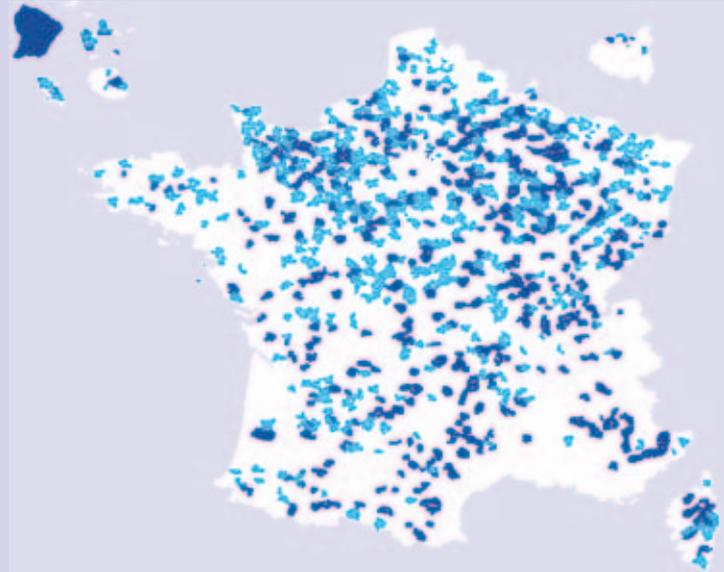
**La proximité des professions de santé n'est toutefois pas une condition suffisante**

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. 🏢

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

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.

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 oncologie 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 préparatoires<sup>1</sup>, 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 loi<sup>2</sup> 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'infirmier<sup>3</sup> 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 réingénierie<sup>4</sup>.

### 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 réforme<sup>5</sup>. 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 Burdilat**  
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 de la *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]<sup>6</sup>.

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 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](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] <sup>7</sup>.

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, 24 h/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](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 *curriculum* académique qui est en jeu dans le contexte français. ❖

# Les aspects économiques et leurs éventuelles conséquences en termes d'efficacité

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'efficacité 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.

## Efficacité 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'efficacité 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'enjeu économiques est donc bien celle d'une meilleure efficacité 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'efficacité 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](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. 