



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

Jean-Christophe Mino

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

François-Xavier
Bagnoud, Paris

Magali Robelet

Maître de
conférences en
sociologie, Graphos,
Université Lyon 3

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

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

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

Le travail de trajectoire du patient revisité

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

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

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

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

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

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

Un pouvoir non hiérarchique sur la trajectoire des patients

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

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

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

Des innovations du travail de soin mal connues et reconnues

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

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

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