

EVOLUTION ET RÉVOLUTION DES COMPÉTENCES MÉDICALES ET SOIGNANTES ?

Claudie FARDO

Consultante Ressources Humaines, Management et Nouvelle Gouvernance
Centre National de l'Expertise Hospitalière

La disponibilité et la pérennité des compétences médicales et soignantes constituent, dès à présent, un nouveau défi pour les établissements de santé.

Texte de référence

Loi HPST – Titre II : l'accès de tous à des soins de qualité, article 51 codifiant les articles L.4011-1 à L4011-3 du CSP.

Organisation en pôles, projets de pôles, contractualisation, délégations de gestion, tarification à l'activité, plan de retour à l'équilibre financier, coopérations inter-établissements sont autant de réformes qui impactent au quotidien les établissements de santé et qui impliquent très largement chacun de leurs dirigeants.

A court terme, compte tenu de la démographie médicale, des progrès de la recherche scientifique et des innovations cliniques et technologiques, **un nouveau défi se profile** : celui de garantir la disponibilité et la pérennité des compétences médicales et soignantes. Du fait des départs massifs en retraite, la problématique des compétences se pose de manière prégnante et notamment sur certains territoires de santé particulièrement sinistrés.

Aussi, les directions des établissements ne peuvent plus aujourd'hui faire l'économie d'une réflexion concertée et structurée sur les coopérations entre professionnels de santé.

Il y aurait certainement beaucoup d'inconscience à ignorer les risques réels et les effets pervers de coopérations interprofessionnelles mal contrôlées dans un domaine aussi sensible que celui de la santé.

Les expérimentations Berland

Au regard des enjeux éthiques, déontologiques, économiques, juridiques, organisationnels, inhérents à ce type de pratiques, le législateur s'est saisi du dossier et a ainsi statué¹ sur les possibilités de modifier les modalités d'organisation et de prise en charge des patients.

Les premières expérimentations (réalisées en France entre 2003 et 2007) ont porté sur des projets et des métiers différents :

- Infirmière experte en hémodialyse,
- Infirmière experte en charge du suivi de patients traités pour une hépatite chronique C,
- Manipulateurs en électroradiologie (réalisant des prises d'images échographiques)
- Ophtalmologistes en charge d'examens ophtalmologiques,
- Diététiciens en charge du suivi du traitement de patients porteurs de diabète de type 2.

Ces expérimentations ont concerné :

- « **des actes techniques²** » n'impliquant pas de décision diagnostique ou thérapeutique de la part du personnel non médical ou,
- « **un segment de prise en charge³** » qui peut inclure des décisions

(1) **Loi du 9 août 2004** relative à la politique de santé qui permet de déroger, à titre expérimental, par arrêté ministériel, aux lois et décrets régissant les conditions juridiques d'exercice des médecins et des auxiliaires médicaux, rendant possibles des expérimentations de « coopération entre professionnels de santé et transferts de compétences ».

(2) **Arrêté du 13 décembre 2004** initiant les premières expérimentations et celui du 30 mars 2006 encadrant la reconduction de certaines expérimentations et l'extension à de nouvelles.

A titre d'exemple, réalisation d'explorations fonctionnelles digestives par une infirmière

(3) Ex : collaborations entre médecins et infirmières dans le cadre de suivi de malades chroniques (insuffisance rénale, diabète de type 2, hépatite C...)

diagnostiques ou thérapeutiques avec l'analyse de l'état de santé du malade, l'identification d'un problème et l'élaboration d'une solution pour le résoudre (prescription d'exams complémentaires ou décisions thérapeutiques).

Les résultats de ces premières expérimentations tendent à montrer qu'il est possible de modifier la répartition des tâches entre médecins et professionnels paramédicaux dans des conditions satisfaisantes de qualité et de sécurité pour les patients.

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

Même s'ils sont plus « secondaires », d'autres effets bénéfiques peuvent être soulignés :

- Une libération du temps médical, permettant aux différents praticiens de se recentrer sur des activités à forte valeur ajoutée,
- La revalorisation de certaines professions paramédicales et par voie de conséquence, une meilleure attractivité des professions de santé,
- Des perspectives d'évolution de carrière des professions paramédicales plus intéressantes (en permettant l'accès à des formations de niveau master et doctorat, rendu possible par la réforme des études paramédicales)...

De la généralisation des pratiques éprouvées à de nouvelles pistes de coopération

Pour s'inscrire dans la continuité, la loi du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), invite au développement des coopérations interprofessionnelles. Ainsi, comme le

stipule l'article 51 « *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 la limite de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre de protocoles* ».

Eu égard aux résultats des différentes études réalisées⁴, les établissements de santé ont donc aujourd'hui une grande latitude pour proposer, organiser et piloter la mise en œuvre de nouvelles pratiques.

Les conditions de réussite et précautions indispensables aux futures coopérations

Au regard des risques encourus notamment en termes de qualité et de sécurité des soins, il convient d'être extrêmement vigilant et précautionneux (d'autant que l'ensemble des professions de santé est régi par le code de la santé publique).

Ainsi, la réussite de ces pratiques passe par :

- Un portage politique fort avec la possible intégration d'un « volet coopération » incitatif au projet médical et/ou projet de soins,
- Une communication stratégique sur le projet,
- Une forte implication de l'ensemble des acteurs,
- Un management disponible et légitime,
- Une analyse préalable de l'organisation afin de solder les problèmes préexistants,
- Une formalisation rigoureuse des projets de coopération
- Un « recrutement très soigné » des professionnels de santé impliqués dans les coopérations,
- La définition en amont des modalités de suivi et d'évaluation,
- Un cadrage ferme mais laissant une place aux initiatives,

(4) Voir également le rapport du CNEH rendu à la HAS et le rapport Bressand

- Le développement d'une véritable logique partenariale,
- Des protocoles, des outils et des techniques reconnus et formalisés pour une gestion des risques a priori...

Les modalités de mise en œuvre des nouvelles coopérations

Conformément à l'article L.4011-2, « 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 soumettent à la Haute Autorité de Santé ».

Les perspectives et conséquences probables de ces futures coopérations

L'ensemble des expérimentations réalisées jusqu'alors présente indéniablement de nombreux avantages. Il convient à présent de les étendre. Pour autant, cette généralisation dépend étroitement de la capacité de l'ensemble des institutionnels de la santé à proposer des évolutions significatives, et ce, sur différents champs à savoir :

- L'« universitarisation » des professions de santé conduisant à la révision du système de formation des professionnels de santé dans le cadre de la réforme LMD (instaurée par les accords de Bologne),
- La rénovation de la formation initiale et **continue** des professions de santé,
- L'évolution des métiers et le développement d'une politique active de promotion de la recherche infirmière et paramédicale,
- L'aménagement du cadre juridique des professions de santé,
- La prise en considération de l'écologie de l'ensemble des professionnels de santé,
- L'implication des patients et des associations dans l'élaboration des recommandations aux soignants,
- Le financement des prochaines expériences de coopération,

- L'évaluation des conséquences économiques des nouvelles formes de coopération (surcoûts en termes d'assurance responsabilité civile professionnelle),
- Les modalités de facturation d'actes ou d'activités supplémentaires ou différentes (dans le cadre de la tarification à l'activité),
- La rémunération de l'activité éducative du patient à l'hôpital et en ville,
- La nécessaire valorisation financière de ces coopérations pour les professionnels qui y participent,
- L'instauration de mécanismes de reconnaissance statutaire,
- L'aménagement des règles éthiques et déontologiques des professionnels de santé,
- L'ouverture de négociations avec les organisations syndicales et les différents ordres concernés par les expérimentations,
- Les modalités de suivi et d'évaluation des coopérations à venir...

Si depuis plusieurs années, certains établissements se sont engagés dans ces nouvelles coopérations, pour autant un long chemin reste à parcourir.

Afin de garantir durablement la qualité et la sécurité des soins, un véritable accompagnement du changement s'impose et oblige à porter une attention toute particulière aux stratégies d'acteurs et aux jeux de pouvoir qui ne manqueront pas de s'exprimer. ■