


11 et 12 décembre

Lille2008

XI^{es} Assises nationales
hospitalo-universitaires

Contributions du groupe

**Organisation
médicale**



**Les nouveaux
métiers**

contributions

Groupe Organisation médicale

Composition du groupe Organisation médicale

Animateur coordonnateur

Pr Claude Girard,
président de la CME du CHU de Dijon

Représentants des conférences

Richard Barthes
directeur adjoint du CHU de Toulouse

Jean-Pierre Bernard
directeur général adjoint du CHU de Tours

Dr Jean-Paul Brion
vice-président de la CME du CHU de Grenoble

Jean-Michel Clavert
président de la CME du CHU de Strasbourg

Pr Dominique Dallay
président de la CME du CHU de Bordeaux

Pr Jean-Pierre Farcet
doyen de la faculté de médecine de Paris-12

Pr Bernard Guillot
président de la CME du CHU de Montpellier

Joël Martinez
directeur général du CHU de Caen

Pr Jean-François Pélissier
doyen de la faculté de médecine d'Aix-Marseille

Robert Reichert
directeur général du CHU de Saint-Étienne

Jean-Jacques Romatet
directeur général du CHU de Toulouse

Pr Jean-Paul Saint-André
doyen de la faculté de médecine d'Angers

sommaire

État des lieux : de nombreuses pistes d'évolution déjà initiées	4
• Des expérimentations de transferts d'acte du médecin vers les personnels soignants déjà pratiquées : les expérimentations « Berland »	4
• La recommandation HAS	5
Les multiples enjeux des nouvelles formes de coopération	5
Des conditions actuelles d'exercice peu propices à une évolution des pratiques	5
Pour un cadre rénové créant les conditions favorables au développement des nouvelles formes de coopération	5
• Une évolution des métiers nécessaire et reposant sur l'élargissement des compétences soignantes	6
La situation actuelle : le constat d'une diversification des profils et des fonctions exercées pour les infirmiers en soins généraux	6
Les perspectives d'évolution d'ores et déjà amorcées	6
Synthèse : une évolution possible du positionnement fonctionnel des soignants	7
Commentaire : des expériences qui permettent de clarifier les objectifs et les modalités	8
• Les objectifs d'une telle évolution : qualité des soins et efficacité sans retour financier immédiat	8
• Modalités de mise en œuvre : la mise en place d'un nouveau cadre juridique	8
Le cadre légal et statutaire actuel ne favorise pas la délégation de compétence	8
Des aménagements possibles	9
Propositions pour un autre mode de reconnaissance juridique de la délégation de compétence	9
• Modalités de mise en œuvre : la mise en place d'un nouveau cadre universitaire	10
Licence « Sciences et techniques de la santé » (L1, L2, L3)	10
Master « Domaine spécialité » déjà existant ou à créer	10
Les métiers de la recherche clinique	10
Position et propositions des conférences hospitalo-universitaires	11
• Le véritable enjeu en matière de démographie médicale : la bonne utilisation du temps médical disponible	11
• La transformation des prises en charge et l'évolution des maladies et patients traités rendent également nécessaire une évolution des métiers	12
• Un cloisonnement entre professions médicales et paramédicales et une attente forte des professionnels de santé paramédicaux	13
• Synthèse et pistes d'action : les propositions des conférences hospitalo-universitaires pour favoriser l'évolution des métiers à l'hôpital	13
Les pistes d'évolutions pouvant être développées	14
Conclusion	15

Introduction

Le partage des rôles entre médecins et professionnels paramédicaux est l'objet d'un vaste débat initié par le ministère de la Santé en 2003 sous la forme d'une mission confiée au Pr Yvon Berland. Cette mission, après avoir rédigé un état des lieux sur cette question, a proposé de définir un cadre réglementaire et a envisagé de mener des expérimentations.

La HAS, au vu des résultats de ces différents travaux, a établi en 2008 des recommandations qui sont actuellement proposées à la discussion.

Avant de définir les enjeux français et les raisons conduisant à une évolution des métiers de la santé il n'est pas inutile de bien définir les termes de la coopération, qui correspond à la fois à une nouvelle répartition des tâches existantes dans une logique de substitution et à une répartition de nouvelles tâches dans le cadre d'une diversification des activités.

Or, les expériences les plus marquantes dans le monde ont souvent été réalisées dans le cadre de la substitution.

Aux États-Unis, cette substitution a pour objectif principal, sous la pression des mutuelles, une stricte diminution des coûts. Au Royaume-Uni, c'est la raréfaction du nombre de médecins, en particulier dans les hôpitaux, qui a conduit à cette substitution, pour simplement assurer un niveau de prise en charge correcte de patients qui, de fait, n'avaient pas accès à une qualité de soins minimale.

La France ne se situe, à l'heure actuelle, dans aucun de ces deux cas de figure, les patients étant pris en charge par un

nombre total de médecins encore approprié et de façon globalement correcte, le problème de la répartition des moyens étant le vrai sujet de discussion.

Par contre, la politique de diversification vise à mettre en avant certaines activités insuffisamment développées actuellement, telles que l'éducation thérapeutique et le suivi de maladies chroniques. De même, d'autres métiers paramédicaux visent à améliorer l'organisation de nos soins que ce soit dans le chemin de soins du patient (les *care manager*) ou l'organisation des plateaux techniques (logisticien de bloc opératoire par exemple). Substitution et diversification sous-entendent que d'autres professionnels de santé soient disponibles en quantité pour fournir ces besoins.

En termes de coût, si la substitution peut être utile à terme, le coût de formation nécessaire peut être élevé et, selon le mode de rémunération, le système peut conduire à une augmentation et même à une multiplication des actes.

Les Conférences hospitalo-universitaires ont choisi de se pencher à l'occasion de ces Assises 2008 sur ce vaste sujet afin de faire des propositions concrètes de nature à favoriser ces évolutions que chacun s'accorde à considérer comme nécessaires.

Le présent rapport présentera donc un état des lieux des expériences et des réflexions d'ores et déjà menées en France sur le sujet (Partie I), qui permettra de clarifier les objectifs et les modalités de mise en œuvre (Partie II), pour aboutir sur la position et les propositions des CHU (Partie III).

État des lieux : de nombreuses pistes d'évolution déjà initiées

Des expérimentations de transferts d'acte du médecin vers les personnels soignants déjà pratiquées : les expérimentations « Berland »

À la suite du rapport Berland *Transferts de tâches et de compétences : la coopération des professions de santé*¹, le ministre de la Santé et des Solidarités, Jean-François Mattei, a souhaité le lancement, en décembre 2003, d'expérimentations devant s'inscrire dans un cadre législatif et réglementaire précis.

Les principes retenus initialement ont été présentés aux

promoteurs en décembre 2003 : « *Les expérimentations font l'objet d'une démarche volontaire, devant déboucher sur des résultats évaluables qui porteront notamment sur l'efficacité et la sécurité des soins dispensés lors des expérimentations. Ces expérimentations permettront de mieux définir les compléments de formation que les professionnels paramédicaux devront acquérir pour assurer au mieux les tâches déléguées ou transférées.* »

Il s'agit donc d'une démarche visant essentiellement à évaluer la faisabilité d'une délégation ou d'un transfert de tâches.

Les cinq premières expérimentations mises en œuvre

Elles ont fait l'objet du premier arrêté concernant le traitement de l'insuffisance rénale chronique par hémodialyse, le suivi des patients traités pour hépatite chronique C, la radiothérapie, l'ophtalmologie et le suivi des patients diabétiques.

Le traitement de l'insuffisance rénale chronique par hémodialyse et le suivi des patients traités pour hépatite chronique C : coopération entre le médecin et l'infirmier

Dans l'exemple du centre d'hémodialyse et d'un service de gastro-entérologie, le médecin confie à un infirmier :

- l'évaluation de la situation clinique d'un patient,
- la pose du diagnostic,
- la vérification des critères biologiques,
- la prescription d'examens complémentaires dans le cadre d'un protocole médical,
- l'information du patient sur la pathologie et le traitement,
- l'adaptation de la prescription médicale et la prescription de médicaments spécifiques dans le cadre d'un protocole médical.

Dans la pratique, l'infirmier assure certaines consultations intermédiaires, dans le cadre d'un protocole médical, et en collaboration avec le médecin.

L'ophtalmologie : coopération entre l'ophtalmologiste et l'orthoptiste

Les ophtalmologistes, lors de consultations en cabinet, délèguent aux orthoptistes ayant

suivi une formation complémentaire sur la réfraction oculaire :

- la mesure de la réfraction oculaire,
- la prise de la tension oculaire par un tonomètre à air,
- la pose de lentilles et les séances d'adaptation.

L'organisation du travail va s'effectuer en binôme ophtalmologiste orthoptiste. À l'arrivée du patient, l'orthoptiste réalise l'examen de la réfraction, mesure la tension oculaire sans contact et évalue la mobilité oculaire.

L'ophtalmologiste réalise l'interrogatoire, valide les examens de l'orthoptiste, effectue les examens par lampe à fente et le fond d'œil, prescrit si nécessaire.

La radiothérapie : coopération entre le radiothérapeute et le manipulateur en électroradiologie médicale

Le manipulateur « expérimentateur » doit justifier d'une expérience de cinq ans en pratique polyvalente de la radiothérapie externe, doublée d'une pratique d'un an au simulateur et d'un an en dosimétrie clinique. Dans le décret de compétence du manipulateur en électroradiologie, il est précisé qu'il contribue au repérage des volumes à irradier ainsi qu'au traitement du malade en radiothérapie externe et participe aux études dosimétriques, sous le contrôle et en présence du médecin. En se basant sur ces compétences, l'expérimentation vise à évaluer la possibilité de prise en charge totale par le personnel para-

médical du repérage, de la simulation du volume à irradier, du contourage des volumes cibles et des organes à risque, ainsi que des études dosimétriques.

Pour la réalisation de cette expérimentation et après indication de la radiothérapie et prescription du traitement par l'oncologue radiothérapeute, le patient aura un rendez-vous de simulation avec le manipulateur qui l'informerait et l'installera, réalisera selon la prescription, la contention, le repérage de la zone à irradier, recueillera les données qu'il transmettra pour validation au médecin oncologue radiothérapeute. Dans tous les cas, les manipulations sont faites à partir de protocoles écrits et standardisés et la validation par un médecin est systématique.

Le suivi des patients diabétiques : coopération entre le médecin et le diététicien

En diabétologie, les diététiciens ont pu, à la place du médecin, effectuer des consultations pour des patients diabétiques de type 2 et évaluer leur situation diabétique pour ensuite adapter la prescription médicale « hors substance médicamenteuse ». Concrètement, le médecin effectue une prescription diététique lors de la consultation du patient en ambulatoire. Ce patient est ensuite confié au diététicien dans le cadre d'un forfait de trois à cinq consultations en fonction des difficultés rencontrées. Une consultation médicale finale est réalisée.

¹ Mission Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences, rapport d'étape présenté par le Pr Yvon Berland, octobre 2003.

La modification de la répartition des actes entre professionnels de santé dans le cadre des processus de soins ne pose pas que des questions de sécurité et de qualité. Si la dimension d'évaluation est incontournable et doit être analysée, car il s'agit avant tout de protéger les malades, les effets, sur l'organisation dans son ensemble, les autres professionnels et le coût des soins sont essentiels dans le cadre d'une réflexion plus générale. Certains projets ne comportent à l'évidence pas beaucoup de risques pour le patient (cas de la consultation diététique dans le suivi du patient diabétique ou de la mesure de la réfraction oculaire par l'orthoptiste) et ce sont tout autant les dimensions organisationnelles, l'acceptabilité par les professionnels et les aspects économiques qui sont en jeu.

Une première évaluation des expérimentations a été réalisée dans le cadre de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

En juin 2006, l'ONDPS a publié son *Rapport sur cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*.

Quelques points clés sont à mettre en exergue :

- Tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins.
- Plusieurs projets sont en faveur, soit d'un accroissement de productivité (coopération en ophtalmologie entre le médecin et l'orthoptiste, maintien de l'activité avec un médecin en moins en hémodialyse), soit d'un gain de temps médical plus ou moins important (manipulateur en électroradiologie en radiothérapie, diététicienne dans le traitement du diabète de type II).
- En terme économique, la diminution de la charge de travail du médecin et la réduction des coûts semblent très liées au contexte de soins (les infirmières développent leurs activités pour des besoins jusqu'alors non satisfaits ou pour une demande de soins nouveaux).

La recommandation HAS

Sur la base de cette évaluation, la Haute Autorité de santé (HAS) a été chargée par le ministère d'élaborer des recommandations sur la coopération entre professionnels de santé.

La mission de la HAS avait pour objectif final la rédaction d'une recommandation sur les conditions d'extension de la démarche testée dans les expérimentations à l'ensemble du champ de la santé.

Cette recommandation a été coordonnée et rédigée par un comité de suivi présidé par le Pr Berland, président de l'ONDPS, et Claude Maffioli, membre du collège de la HAS (www.has-sante.fr). Les principaux points à retenir de ce travail :

Les multiples enjeux des nouvelles formes de coopération

- L'amélioration de la qualité des soins.
- La qualité de la prise en charge des patients.
- L'attractivité des professions (développement de l'exercice pluriprofessionnel pour les médecins, accroissement des missions et reconnaissance de l'évolution des compétences pour les soignants).

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

- Les conditions de formation initiale des professions de santé créent d'emblée une séparation entre les médecins et les professions paramédicales.
- Le cadre juridique de l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé est construit en référence aux diplômes et à la notion de « monopole médical ».
- Les modes de rémunération des professionnels de santé, tant en ville qu'à l'hôpital, offrent a priori peu de place au développement de nouvelles formes de coopération.
- Il est possible de modifier de manière conjoncturelle le cadre existant pour développer les nouvelles formes de coopération au cas par cas, mais cette approche est nécessairement limitée à des ajustements ponctuels et sa généralisation en routine nécessiterait de mettre en place un système complexe.

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

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

des professions de santé doivent être initiés le plus rapidement possible avec l'ensemble des partenaires institutionnels et professionnels.

- L'élaboration d'un nouveau cadre de référence professionnel passe par la **révision fondamentale et simultanée des trois piliers de l'organisation des professions de santé : le système de formation, le cadre juridique et les conditions économiques d'exercice.**
- **Le système de formation des professionnels de santé doit être repensé dans le cadre du dispositif licence-master-doctorat (LMD),** selon un continuum de compétences répondant aux besoins de santé publique actuels et à venir, avec en particulier le développement de formations de niveau master et de filières de recherche. Ainsi, il convient de définir des champs prioritaires pour le développement des nouvelles formes de coopération en fonction des besoins ou des priorités de santé publique identifiés par les acteurs concernés (autorité de tutelle, patients et professionnels de santé); de construire des référentiels métiers et compétences permettant de répondre aux besoins identifiés; de développer une offre de formation adaptée aux enjeux.
- **Le cadre juridique doit dépasser l'approche nécessairement restrictive d'une liste d'actes autorisés par profession pour évoluer vers une logique mixte, définissant également les professions de santé par les missions qui leur sont confiées.** À ce titre, il convient de modifier l'article L. 4161-1 du code de la santé publique. Les nouvelles formes de coopération appellent aussi une évolution des règles déontologiques pour l'ensemble des professions concernées et renforcent le besoin d'une régulation professionnelle organisée.
- Les conditions de financement et de rémunération des professionnels de santé doivent inciter au développement des nouvelles formes de coopération. Dans le secteur ambulatoire, il convient d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération qui laissent une place à d'autres éléments que le paiement à l'acte. À l'hôpital, si la tarification à l'activité peut constituer un moteur pour le développement des coopérations, **il apparaît cependant nécessaire de modifier les règles de rémunération des professionnels paramédicaux dans le secteur public.** Enfin, dans ces deux secteurs, il importe de tenir compte des activités liées à la coordination.

Une évolution des métiers nécessaire et reposant sur l'élargissement des compétences soignantes

Cette réflexion a trouvé un autre aboutissement dans l'étude prospective sur les métiers sensibles de la fonction publique hospitalière (tomes 1 et 2, Éditions de l'EHESP) produite par l'Observatoire national des métiers de la fonction publique hospitalière (ONEMFPH) à l'automne 2007. Y sont identifiés notamment pour les personnels infirmiers les différents positionnements du métier que l'on peut aujourd'hui trouver dans les établissements de la FPH.

Sur cette base, des perspectives d'évolution sont identifiées comme souhaitables, à l'image d'ailleurs de ce qui existe dans d'autres pays, anglo-saxons notamment (pratique avancée par exemple). Une graduation par niveau de compétences se dessine progressivement, sur le métier d'infirmier dans un premier temps, mais qui pourrait très facilement être élargie aux autres professions de santé dont le diplôme de fin d'étude se situe au minimum trois ans après le baccalauréat.

La situation actuelle : le constat d'une diversification des profils et des fonctions exercées pour les infirmiers en soins généraux

Sur le terrain, les infirmiers/ères en soins généraux se distinguent plus finement selon des degrés d'expérience dans le cadre d'exercice (spécialité médicale ou médico-sociale de l'unité) et les diverses responsabilités spécifiques acquises autour de l'organisation des soins ou de la prise en charge des patients.

On peut ainsi différencier :

- des infirmiers/infirmières confirmés dans l'activité de leur unité médicale ou médico-sociale d'affectation,
- des infirmiers/infirmières développant une compétence de polyvalence au sein d'équipes de suppléance,
- des infirmiers/infirmières expérimentés dans une activité et référents techniques dans leur unité,
- des infirmiers/ères développant une compétence de tuteur. Il s'agit d'un même métier, le temps d'adaptation étant relativement court, éventuellement conforté par de la formation continue très ciblée.

Les perspectives d'évolution d'ores et déjà amorcées

Des infirmiers/ères ayant développé une expertise ciblée (des postes en émergence)

Au-delà des pratiques soignantes confirmées et fortes d'expérience, il existe des postes infirmiers qui nécessitent une expertise plus poussée et ciblée sur des outils (mise en place du dossier de soin...), sur des dispositifs (qualité hygiène...), sur des techniques (endoscopie...), sur des populations spécifiques (personnes porteuses de stomie, en fin de vie, diabétiques, asthmatiques...). Ces compétences s'acquièrent en coopération avec l'équipe médicale et sont le plus souvent renforcées par une formation continue (DU...), par la participation à des colloques, rencontres, groupes de travail ou en menant une veille technique (revue médicale, Internet...).

L'infirmier/ère de recherche clinique

L'infirmier/ère de recherche collabore à la réalisation d'un ou plusieurs essais, soit sur un seul site, soit sur plusieurs sites de recherche clinique. De fait, il s'agit davantage d'aide à la recherche médicale, rarement ou jamais de recherche en soins infirmiers.

L'infirmier/ère coordinateur

La plupart des infirmiers/infirmières coordinateurs agissent dans les réseaux comme les collaborateurs naturels des médecins promoteurs et coordinateurs du réseau. Ils ont une longue expérience professionnelle, avec souvent une diversité de formes d'exercice. Ils ont été recrutés par les médecins coordonnateurs qui cherchent des professionnels soignants confirmés pour aider les médecins traitants dans leur rôle d'animateur de réunion de coordination.

Dans certains établissements de santé de grande taille apparaît également une fonction d'infirmier de coordination et de réseau, véritable interface entre l'hôpital (notamment les urgences) et les différentes structures d'accueil du réseau. La finalité de ces postes est de réduire ou d'éviter le temps de passage aux urgences en organisant très vite un retour sur des structures d'aval (SSR, Ehpad, soins à domicile...).

L'infirmière clinicienne

Les infirmiers/infirmières cliniciens qui peuvent être identifiés comme tels dans certains établissements exercent leur activité sur le champ du « rôle propre » infirmier. Ils sont souvent positionnés dans les services comme une aide aux équipes pour analyser des situations complexes de soins et peuvent être

amenés à faire des consultations dites « infirmières » auprès de patients pour des entretiens de conseils, d'information, d'éducation, d'aide, de soutien, de suivi de la personne dans ses conditions de vie avec une pathologie ou un handicap.

Ils ont aussi à conduire des projets d'amélioration de la qualité des soins ou de changement dans l'organisation des soins. La formation des infirmiers/infirmières cliniciens en France est organisée au sein d'organismes privés (formation d'une quarantaine de jours).

Les activités d'expert clinicien ou de pratiques avancées pour les infirmiers/infirmières spécialisés

De façon similaire, les infirmiers/infirmières spécialisés ont également des pratiques avancées en rôle propre ou par délégation médicale qui vont aller en augmentation dans les années à venir et qui devraient justifier reconnaissance et formation (et donc qualification).

Citons pour illustration :

- lade : supervision des infirmiers/infirmières dans les salles de réanimation,
- lbode : suture, pose de drain,
- infirmières puéricultrices : suivi des enfants prématurés, consultation d'orientation.

Synthèse : une évolution possible du positionnement fonctionnel des soignants

Position	Soins généraux	Spécialités
Expertise clinique ou pratiques avancées	<p>Expertise sur un champ global clinique comportant ou non des pratiques avancées</p> <ul style="list-style-type: none"> • compétence du niveau de l'expertise du champ incluant trois dimensions : diagnostiquer une situation, évaluer, prescrire • temps d'apprentissage long, sanctionné par un diplôme universitaire de niveau minimum master • domaines d'expertise clinique (exemple suivi et prise en charge des pathologies chroniques) pratique avancée (expérimentation Berland, transferts d'activités et de compétences médicales...) 	<p>Des lbode, lade, puéricultrices expertes cliniciennes (idem soins généraux)</p> <p>Spécialités dans une discipline : lade, lbode, puéricultrice</p> <ul style="list-style-type: none"> • compétences spécialisées dans une discipline, sanctionnées par un diplôme professionnel • temps d'apprentissage long (de 12 à 24 mois) • aire de mobilité proche du métier spécialisé
Expertise ciblée	<p>Expertise ciblée sur une pathologie ou sur une technique</p> <ul style="list-style-type: none"> • compétences approfondies sur une pathologie ou sur une technique • temps d'apprentissage de quelques semaines, voire quelques mois, sanctionné par un diplôme ou une qualification (diplôme universitaire par exemple) • référent de l'équipe dans la discipline (stomathérapeute...) 	
Pratique confirmée	<p>Spécificités dans une discipline</p> <ul style="list-style-type: none"> • compétences spécifiques de la discipline (cardiologie, psychiatrie, urgence, médecine interne, etc.) • temps d'adaptation et d'apprentissage (entre 2 et 12 mois) • aire de mobilité plus rapide entre certaines disciplines (ex : urgences, cardiologie, réanimation) 	
Socle du métier	Infirmier en soins généraux IDE sortant de l'école	

Les activités exigeant un niveau d'expertise clinique, en pratiques avancées, sur le rôle propre infirmier, sur prescription médicale et éventuellement dans le cadre de délégation d'actes médicaux vont se multiplier. Pour répondre à cette demande, les établissements confient ces missions à des infirmiers/infirmières expérimentés, ayant suivi des formations spécifiques et développant une capacité à traiter des problématiques complexes à porter des diagnostics sur des situations compliquées, trouver des solutions innovantes...

Au-delà des spécificités des activités médicales (des pathologies, des types de patients...), ces infirmiers/infirmières experts développent un corps de compétences, doivent acquérir des connaissances théoriques et techniques nouvelles, méthodes et outils d'analyse, un ensemble de savoirs et savoir-faire constituant un socle commun.

Ces évolutions passent par une évolution du profil infirmier qui repose sur une clarification des transferts de compétence et de la délégation.

Commentaire : des expériences qui permettent de clarifier les objectifs et les modalités

Les objectifs d'une telle évolution : qualité des soins et efficience sans retour financier immédiat

Il ne faut pas attendre de ces délégations de compétence un retour financier immédiat, car le temps médical est utilisé à autre chose (aux soins), il y a aussi des dépenses induites de temps paramédical et de formation et, enfin, un temps de coordination est nécessaire.

La problématique ne doit pas se limiter à la question de la « récupération » du temps médical : il convient de tenir compte de l'évolution de la demande de soins (prévention, vieillissement, maladies chroniques) et de la répartition géographique (attractivité des centres universitaires). Il s'agit donc de réfléchir de manière globale à une recomposition de l'offre de soins, en particulier à partir des soins ambulatoires de premiers recours. C'est dans ce cadre que la question des délégations de compétence doit être posée.

La question de la valorisation financière de l'activité de ces nouveaux métiers reste posée. Le risque est que ces nouveaux métiers, notamment ceux qui sont positionnés au sein des réseaux et hors les murs, servent de « cheval de Troie » au secteur privé libéral sans que forcément le patient y trouve son compte.

Sur les enjeux économiques attachés aux coopérations entre professionnels de santé, une contribution spécifique de Mireille Elbaum et de Sandrine Chambaretaud, réalisée à la suite du rapport HAS et présentée lors de ces Assises, permet en particulier de mettre en évidence qu'il est important de ne pas se tromper d'objectif : une telle réforme des professions de santé ne doit en aucun cas reposer sur un objectif de retour financier rapide. Les moyens doivent par conséquent être adaptés aux objectifs qui résident bien plus dans un objectif de qualité de la prise en charge et de réponse aux nouveaux besoins de santé publique.

Modalités de mise en œuvre : la mise en place d'un nouveau cadre juridique

Le cadre légal et statutaire actuel ne favorise pas la délégation de compétence
Le contexte juridique actuel détermine le cadre organisationnel légitimant les interventions des différents professionnels de santé dans la prise en charge des patients.
L'examen de la répartition actuelle des tâches entre professionnels de santé sur laquelle est basé notre sys-

tème de santé est un préalable essentiel au développement de nouvelles formes de transferts de tâches, tout particulièrement lorsque ce transfert est susceptible de porter atteinte à l'intégrité corporelle des patients.

Le cadre juridique de l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé est construit autour de la notion d'autorisation d'exercice de la médecine et en référence aux diplômes permettant l'exercice professionnel de chacun des métiers concernés.

L'article 16-3 du code civil précise qu'« *il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui* ».

Cette disposition légale détermine le critère autorisant les interventions sur le corps humain qui repose donc sur la notion de la qualification professionnelle liée à l'obtention du diplôme de docteur en médecine.

Cette notion de qualification, fondamentale dans l'organisation des soins, place la profession médicale au cœur du système d'organisation des professions de santé puisqu'en effet, le périmètre d'exercice des autres professions de santé est défini, dans le code de la santé publique, comme des dérogations à ce principe.

Pour les auxiliaires médicaux, les conditions d'exercice professionnel sont autorisées dans le cadre des décrets d'actes. Ceux-ci étant réalisés, soit sous le contrôle direct d'un médecin, soit sur prescription, soit encore, comme c'est le cas pour les infirmiers, dans le cadre de leur rôle propre.

Seule la loi peut donc autoriser un professionnel à porter atteinte à l'intégrité corporelle d'un être humain et cette autorisation n'est ni transférable ni déléguable.

Si l'exercice en libéral s'accompagne d'un mode de rémunération des professionnels essentiellement fondé sur le paiement à l'acte, le revenu individuel réel dépend de l'activité propre de chaque médecin libéral.

Les actes ou les consultations les plus rapides peuvent être considérés comme pouvant être éventuellement réalisés par d'autres paramédicaux. Mais ces actes-là sont rémunérés de la même manière que les plus complexes, qui sont aussi souvent les plus longs à réaliser. Il en résulte un manque d'incitation financière à confier une part de pratique professionnelle à d'autres compétences.

Dans le secteur hospitalier, on peut penser que la méthodologie actuelle de fixation des tarifs hospitaliers

(essentiellement les groupes homogènes de séjours) ferait l'objet assez rapidement d'un nouveau calcul prenant en compte la nouvelle structuration des coûts engendrée par la nouvelle répartition des activités entre professionnels de santé.

Par contre, le transfert de tâches vers les professionnels paramédicaux pourrait faire l'objet de revendications concernant les conditions de rémunération. Leurs rémunérations s'inscrivent aujourd'hui dans un cadre statutaire peu adapté aux évolutions du mode de rémunération des professionnels de santé et dont les évolutions se sont limitées jusqu'à présent à créer des corps supplémentaires comme les infirmières de bloc opératoire ou les infirmières anesthésistes.

Des aménagements possibles

L'aménagement du cadre d'exercice actuel pourrait déjà apporter un certain nombre de réponses. Il faut, là encore, distinguer le transfert de compétences selon qu'il s'agit d'une nouvelle répartition des tâches existantes dans une logique de substitution ou de la répartition de nouvelles tâches dans une logique de diversification des activités.

La réalisation d'actes parfaitement identifiés et transférables du médecin vers le paramédical peut déjà faire l'objet de protocoles écrits.

En ce qui concerne les actes qui s'inscrivent dans une logique de diversification, il est tout aussi possible en l'état actuel des choses de faire évoluer les décrets d'actes sans en bouleverser la logique actuelle mais en complétant la liste des actes autorisés, profession par profession, sous réserve d'organiser les formations adaptées pour la prise en charge de ces nouveaux actes ou de reconnaître la compétence professionnelle en utilisant les procédures de validation des acquis de l'expérience.

Malgré cela, il apparaît peu réaliste de considérer que ces seuls aménagements du cadre d'exercice puissent constituer un levier suffisant de changement et d'encouragement au développement des transferts de tâches. Les limites juridiques actuelles touchant au cadre légal de la prise en charge du malade et à la reconnaissance financière et statutaire du transfert de compétence pour le paramédical impliquent des réformes plus importantes de l'organisation de notre système de santé.

Propositions pour un autre mode de reconnaissance juridique de la délégation de compétence

Adapter le cadre juridique au développement de nouvelles formes de coopérations suppose de réviser le modèle actuel de définition des professions organisé autour des décrets d'actes, **en privilégiant un système dans lequel les professions seraient réglementées en fonction des missions confiées aux auxiliaires médicaux.**

La notion d'acte correspond à une approche limitée du soin, la notion de mission favorise l'autonomie et l'initiative ; elle renvoie à l'idée d'un but à atteindre, tandis que la notion d'acte est plus technique. La mission permettrait une activité diagnostique et la possibilité de prescription. Ce qui est le cas des sages-femmes aujourd'hui. Il serait sans doute risqué de proposer un modèle uniquement fondé sur une définition des professions sans limites de pratiques. **Une définition des missions propres à une profession mais bornée par des références aux actes propres aux particularités de chaque profession paraîtrait plus pertinente.**

La définition des missions et de ces limites peut alors être construite en référence à certains actes professionnels qui ne constituent plus le mode exclusif d'autorisation d'exercice professionnel d'un paramédical.

De telles évolutions de définition du périmètre des compétences impliquent des modifications des textes législatifs et réglementaires en concertation avec les sociétés savantes et les ordres professionnels.

Toujours sur le modèle des sages-femmes, on peut penser qu'il conviendrait d'étendre à l'ensemble des professionnels de santé l'obligation au plan déontologique de ne pas effectuer d'actes ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent la limite de leurs compétences. Comme aujourd'hui pour un médecin ou une sage-femme, le professionnel paramédical qui s'aperçoit que le traitement du patient dépasse sa compétence est tenu d'adresser immédiatement le patient à un médecin plus compétent ou mieux équipé. La méconnaissance de cette règle est sanctionnée disciplinairement par l'ordre concerné. À l'inverse, des médecins confiant la réalisation de certaines activités à d'autres professionnels de santé doivent savoir apprécier les limites des compétences de cet autre professionnel de santé en fonction de la pathologie à traiter. Le respect mutuel de ces règles déontologiques devrait être de nature à favoriser l'acceptation des transferts de compétences.

Les modalités de financement et de rémunération des professionnels de santé constituent un facteur de succès ou d'échec de toute opération de transfert de tâches. C'est une condition à l'incitation de coopérations impliquant un transfert de compétences, mais perçu aussi par les paramédicaux comme un transfert de charge de travail.

Dans le secteur libéral, une réflexion basée sur une révision de la nomenclature fondée sur un juste paiement de l'acte peut suffire. Une étude spécifique doit être menée pour que les coopérations ne bouleversent pas l'équilibre économique des professionnels concernés.

Dans tous les cas, il est sans doute souhaitable de procéder à des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération afin de déterminer précisément l'impact du développement des nouvelles formes de coopération. Dans le secteur hospitalier, la tarification à l'activité ne constitue pas un obstacle majeur pour le développement des coopérations ; il apparaît cependant probablement nécessaire de modifier les règles de rémunération des professionnels paramédicaux dans le secteur public. En effet, l'introduction de métiers nouveaux à l'hôpital ou l'élargissement des activités assurées jusque-là par certains professionnels paramédicaux appellent une modification des statuts particuliers de la fonction publique hospitalière, plus particulièrement sur la question de la définition des fonctions et des niveaux de rémunération.

Mais pour que le développement des coopérations entre professionnels de santé puisse avoir un impact suffisant sur les tarifs ou sur le statut hospitalier, il est nécessaire que ces coopérations soient suffisamment généralisées.

Modalités de mise en œuvre : la mise en place d'un nouveau cadre universitaire

La loi d'août 2007 sur la responsabilité des universités (dite « LRU ») a inscrit l'insertion professionnelle dans ses missions à côté de l'enseignement et la recherche. La mise en œuvre du LMD (licence-master-doctorat) par nos universités fournit le cadre pédagogique à toutes nouvelles formations y compris en santé. Enfin, les UFR de médecine jouent un rôle pivot dans l'offre de formation d'un véritable pôle santé à développer au sein de l'université.

Licence « Sciences et techniques de la santé » (L1, L2, L3)

Objectifs généraux

- Permettre l'évolutivité des carrières vers la spécialisation ou la reconversion par la poursuite ou la reprise d'études.
- Faciliter les synergies entre professionnels de la santé par la responsabilisation des hospitalo-universitaires dans ces formations.

Objectif spécifique

Faire acquérir aux étudiants l'ensemble des connaissances (sciences de la vie, sciences humaines et sociales, législation et politiques sociales, méthodologie de recherche, sciences cliniques) et des compétences (relations humaines, capacité d'analyse, communication) qui, au-delà d'une spécialisation professionnelle (kinésithérapie...), leur permettront d'accéder à un grade universitaire.

Dispositifs

- École professionnelle et UFR de médecine sous couvert de l'université (pôle santé).
- Responsable PUPH et directeur de l'école professionnelle.
- Restructuration conjointe de la formation : semestrialisation, enrichissement des enseignements par les sciences fondamentales, les sciences humaines, les langues, les TIC, la méthodologie.
- Habilitation par les tutelles : santé, enseignement supérieur.

Master « Domaine spécialité » déjà existant ou à créer

Objectifs généraux

- Permettre des pratiques de soins avancées par des non-médecins.
- Assurer les synergies avec les médecins.

Dispositifs

- Composante de l'université la plus pertinente (médecine, économie, gestion, droit...).
- M1, M2 : l'offre de formation doit être précédée de la rédaction d'un référentiel métier et adaptée en conséquence.
- Habilitation par les tutelles : santé, enseignement supérieur.

Les métiers de la recherche clinique

Il existe déjà des professionnels pas véritablement reconnus pour ce qu'ils font mais rémunérés en fonction de leur statut : technicien ou ingénieur.

Il existe déjà une offre de formation spécifique niveau master, abondante et diversifiée. Par contre, au niveau doctorat, l'offre reste à définir : créer une ou des écoles doctorales spécifiques ? Utiliser des écoles doctorales existantes (sciences de la vie et de la santé...) en intégrant le volet recherche clinique ? Équipe d'accueil en recherche clinique à identifier et à labelliser.

Des complémentarités et/ou des intermédiaires paraissent nécessaires entre la recherche clinique hospitalière (dans les CIC par exemple) et une recherche plus fondamentale dans les différentes UMR labellisées dans le plan quadriennal.

Dans les huit grands axes thématiques correspondant aux nouveaux instituts de l'Inserm, de nouvelles fonctions peuvent être dégagées qui se rapportent aux acteurs de cette recherche translationnelle, en collaboration avec le rôle plus administratif des attachés de recherche clinique déjà en activité.

Une constatation que l'on peut faire dans l'interface recherche clinique/recherche fondamentale se rapporte à la situation des facultés de médecine aux États-Unis où l'on forme au moins autant de PhD en médecine que de MD.

Actuellement, en France, nous n'avons pas créé ce corps de chercheurs médicaux et nous aurons des difficultés du fait de notre système de formation actuel.

En utilisant le LMD santé, qui sera mis en place à la rentrée universitaire 2009-2010, il serait possible de créer un corps de techniciens de recherche (licence professionnelle) et de PhD médicaux, en créant des licences professionnelles, des masters professionnels et en orientant des sujets de thèses dans des encadrements de recherche clinique de haut niveau. Aujourd'hui, les thèses de masters de santé sont essentiellement des thèses de biologie fondamentale. Il faut pouvoir permettre, en accord avec le CHU, d'avoir des chercheurs intégrés dans les services de recherche clinique les plus dynamiques (expérimentation thérapeutique, épidémiologie, grandes séries d'évaluation diagnostique...).

Cela constituerait un corps de chercheurs dans le domaine de la santé ayant une expérience de l'insertion hospitalière, connaissant les médecins, en ayant eu une formation parallèle aux médecins, ce qui constituerait un réservoir de qualité pour l'avenir.

Position et propositions des conférences hospitalo-universitaires

Le véritable enjeu en matière de démographie médicale : la bonne utilisation du temps médical disponible

Selon les prospectives actuelles, la densité médicale doit diminuer à l'horizon 2020. La question doit par ailleurs être posée sur l'évolution des comportements des futures générations : féminisation contribuant à diminuer le temps de travail effectif, fuite devant des horaires trop prégnants ou devant certaines spécialités dont la qualité de vie semble insuffisante (charge de garde sur place ou astreinte en particulier, rejet de la médecine générale en particulier en zone rurale).

Le vrai problème posé est celui de l'adéquation de l'offre de soins et du service rendu par chaque médecin en quantité d'actes « utiles ». En effet, notre système de santé offre à chaque médecin la possibilité d'une pratique liée à l'acte ou salariée et, de plus, le contexte démographique et de liberté d'installation actuel lui permet, dans chacune des options, de choisir son lieu d'exercice et de privilégier les régions attractives et les grandes villes. Dans une pratique libérale pure, rien n'empêche un médecin de fixer lui-même les limites de son nombre d'actes et, à l'intérieur de son activité, certains actes rémunérateurs. Il est très difficile actuellement de limiter par exemple certains examens paracliniques répétés tels les échographies ou les dopplers dans le suivi des patients de plus en plus âgés et très souvent demandeurs. Dans certaines régions dans lesquelles la densité médicale est forte, le médecin est fortement enclin à une telle démarche pour garder un niveau de revenu souhaité. Au contraire, dans d'autres régions à densité médicale faible, le médecin libéral est souvent submergé par la demande et, de ce fait, doit avoir une pratique raisonnée pour certains actes et examens : certains pourraient trouver grand avantage à multiplier certains actes diagnostiques paracliniques en les faisant réaliser par un auxiliaire médical salarié.

Dans ce contexte s'imposent deux nécessités absolues avant de décider de substituer les personnels paramédicaux aux médecins pour la réalisation des actes :

- obtenir une répartition plus homogène des différentes disciplines sur le territoire, adaptée à l'âge moyen des populations ;
- imaginer un système de contrôle efficace visant à limiter la multiplication des actes « à visée alimentaire » ou dont l'indication est fondée sur la satisfaction du patient ou sur la prévention de la plainte.

Dans notre système hospitalier, il faut optimiser par nos organisations l'utilisation du temps médical et créer un sys-

tème motivant permettant d'intéresser les médecins salariés à l'activité (et non pas à l'acte) et à la performance (taux réel d'occupation des salles d'opération [Tros], nombre d'examens scannographiques réalisés par appareil, amplitude des heures de consultations...). Cette performance se traduira alors par une meilleure utilisation des matériels, des structures et du temps de personnel paramédical, donc une meilleure rentabilité pour l'hôpital.

Dans la même approche, 54 % de nos établissements de soins ont moins de 200 lits, 77 % moins de 400 lits, et cette particularité est très propre à la France. Or, il est illusoire de vouloir pratiquer une médecine de qualité dans un tel éparpillement, en particulier au niveau des plateaux techniques. Le maintien de telles structures est à l'origine du mercenariat, pour une fin de semaine, pour quelques jours ou plus, autour de certaines spécialités : ces médecins dont le prix est exorbitant fournissent très peu d'activité et assurent avant tout une présence permettant le maintien de structures au détriment d'une vraie qualité de soins.

La plupart de ces « mercenaires » sont issus de l'hôpital public, soit en plein temps mercenariat, soit en pratique de « double emploi » méconnue ou tolérée par les tutelles, et sont donc soustraits à ces hôpitaux à forte activité. Il s'agit donc d'une mauvaise utilisation du temps médical disponible.

Les équivalents temps plein « utiles » ainsi dégagés pourraient permettre de répondre au besoin des hôpitaux à forte activité. Dans le même temps, ces petites structures hospitalières pourraient se réorienter vers des activités de soins de suite dans le cadre d'une filière de soin optimisée garantissant la pérennité de la structure et du volume d'emploi. Parmi ces emplois, de nouveaux métiers apparaissent autour de la coordination de réseaux, du suivi de maladies chroniques, de l'hospitalisation à domicile, etc.

La transformation des prises en charge et l'évolution des maladies et patients traités rendent également nécessaire une évolution des métiers

Nos établissements sont conduits de plus en plus à prendre en charge des pathologies chroniques et des pathologies liées au vieillissement. En effet, dans le premier cas, les progrès thérapeutiques permettent actuellement de chroniciser des pathologies dont, antérieurement, l'espérance de vie était faible. Les multipathologies liées au vieillissement en font là aussi des malades « chroniquement » accueillis à l'hôpital. Bien cerner les hospita-

lisations initiales et développer des structures alternatives à l'hospitalisation classique (HAD, hôpitaux de jour et de semaine, *same day surgery*, chirurgie ambulatoire, hôtel de malades) sera un des enjeux des prochaines années puisque 10 % de la population aura plus de 75 ans en 2020 et qu'il est évidemment illusoire de penser qu'on pourra hospitaliser tous les patients le nécessitant dans un schéma identique au schéma actuel.

La prise en charge des pathologies chroniques ou liées au vieillissement va créer de plus en plus un besoin en équivalent temps soignant dévolu au suivi régulier, à l'éducation, au conseil qui permettra de ne pas engorger inutilement nos structures hospitalières.

Enjeu majeur : répondre dans de bonnes conditions au défi démographique des usagers et au vieillissement de la population (près de 10 % de la population aura plus de 75 ans en 2018/2020), au risque si ce n'était pas fait de voir cette activité être prise en charge par d'autres structures (associée au service public ou groupe privé).

Un cloisonnement entre professions médicales et paramédicales et une attente forte des professionnels de santé paramédicaux

La structure d'évolution des carrières et des métiers dans la fonction publique hospitalière paramédicale est figée et peu dynamique.

La formation des étudiants est marquée en effet par un écart important entre la formation des médecins (filiales universitaires de neuf à onze ans avec reconnaissance légale d'une autonomie, d'une indépendance et d'une possibilité d'engager des dépenses) et celles des professions paramédicales (trois ans en moyenne avec stages pratiques et possibilité de délivrance de diplômes d'État spécialisés pour des formations complémentaires, dans un contexte légal d'autonomie très limitée). Sages-femmes et odontologistes suivent quant à eux des formations longues avec un cursus commun avec les études médicales et disposent d'une autonomie importante. Seuls pour l'instant les conseillers en génétique dépendent de l'université par le biais d'un master. De ce fait, nos collaborateurs peuvent donc s'orienter uniquement vers la spécialisation (lade, lbode, puéricultrice)

dont l'évolution de carrière ne peut se faire que vers le management (école des cadres), ce qui limite en vérité leur disponibilité vis-à-vis du soin ou de la transmission du savoir. La faible perspective d'évolution de leur carrière vers l'expertise, l'enseignement supérieur, la recherche clinique, parfois la faible attractivité financière (masseur-kinésithérapeute) fait que ces jeunes professionnels partent vers le libéral ou quittent le métier très tôt.

Enfin, certains métiers dits « logistiques » sont à peine émergents en France, contrairement à certains pays ou autres secteurs d'activités tels que coordonnateurs de prise en charge, chargés d'affaires en recherche clinique, logisticiens en bloc opératoire.

Enjeu majeur : proposer des conditions d'attractivité et surtout de fidélisation des personnels au risque, comme c'est le cas actuellement de voir les jeunes professionnels se détourner des établissements publics de santé. Faire le lien entre les nouveaux métiers (ou l'évolution de certains métiers déjà existants) la formation des personnels et la gestion de leur compétence (réingénierie des diplômés des professions de santé, intégration dans le LMD...).

Synthèse et pistes d'action : les propositions des conférences hospitalo-universitaires pour favoriser l'évolution des métiers à l'hôpital

Une fois l'état des lieux réalisé sur la vraie disponibilité en équivalents temps médical et équivalents temps soignant disponibles, la question de la perspective 2015-2020 et des décisions qui en découlent se pose.

On peut penser que l'optimisation du temps médical « utile » ne sera pas suffisante à moyen terme. Il n'est pas inenvisageable à horizon 2020 de former un nombre de médecins suffisant et de les répartir correctement sur le territoire. Cette décision est encore possible.

Certaines spécialités médicales jeunes ont pourtant montré que la médicalisation de leur discipline avait eu une influence positive en termes de qualité de soins.

Ainsi, en anesthésie réanimation, différents décrets autour de la consultation d'anesthésie, de la mise en place de salle

de surveillance post-interventionnelle et de la présence permanente de médecins anesthésistes en salle, de systèmes entièrement axés sur la sécurité dans une démarche de type aviation (check liste d'ouverture de salles par exemple, scores systématiques lors du parcours de soins à l'exemple de la sortie de salle de réveil, de la sortie des patients opérés en chirurgie ambulatoire) ont contribué à une diminution par dix de la mortalité liée à l'anesthésie entre le début des années 1990 et le début des années 2000.

Si on admet que le temps médical disponible se réduit à l'avenir par décision maintenue d'un *numerus clausus* insuffisant pour maintenir la densité médicale du début des années 2000, il faut savoir aux dépens de quelle activité et par mise en place de quel professionnel cela doit se faire.

Il faut alors distinguer la problématique de la délégation de tâches de celle du transfert.

Les pistes d'évolutions pouvant être développées

De nombreux champs de la médecine peuvent être pris en charge par des auxiliaires médicaux : prévention, promotion, dépistage, gestion des cas, suivi systématique des clientèles vulnérables (Québec), consultation de premiers recours, suivi des malades chroniques stabilisés, centre de formation et d'orientation (Royaume-Uni). Ces infirmiers/infirmières facilitent l'amont et l'aval de la prise en charge médicale, assurent le suivi dans le temps et l'accompagnement en matière de soins et de soutien psychologique des patients et de leur famille (annonce en matière de pathologies cancéreuses). Les infirmiers/infirmières chargés de l'éducation thérapeutique entrent dans ce cadre.

De même, l'augmentation d'attractivité et la fidélisation de certaines professions paramédicales doivent être prises en compte. Ainsi, il n'est pas impossible d'envisager qu'une partie des infirmiers/infirmières d'une unité lourde de réanimation ou de dialyse obtiennent après formation un niveau d'infirmiers/infirmières experts ayant une certaine liberté d'action dans le cadre de la prescription à la condition qu'il existe des procédures et algorithmes de décisions entièrement écrits ainsi que la présence d'un médecin spécialiste dans l'unité. Ces infirmiers/infirmières experts auraient un rôle actif dans la formation et seraient fidélisés dans ces unités alors que la pénibilité qui y règne contribue à des mutations trop précoces d'infirmiers/infirmières longuement formés vers des services moins lourds. Les DU d'infirmiers/infirmières de réanimation n'ont pas encore permis cette fidélisation, car ils n'ont pas été suivis d'une augmentation de la rémunération en conséquence.

Il en est de même du rôle de l'infirmier/infirmière « douleur » qui dispose de connaissances spécifiques, de scores permettant d'apprécier l'intensité de la douleur, de systèmes informatisés et entièrement sécurisés d'administration de morphiniques. Il assure aussi une charge importante d'enseignement des infirmiers/infirmières non spécialisés.

Ces auxiliaires paramédicaux ont donc une délégation de tâches (délégation donnée par le médecin sous sa responsabilité et avec, si possible, la présence proche du médecin). Dans le cadre d'un domaine bien défini et contrôlé, la délégation de certaines prescriptions peut donc être envisagée. Le problème devient très différent quand on aborde le transfert de compétences sous la forme d'une autorisation donnée de manière réglementaire à des professionnels d'exécuter certains actes. Cela est particulièrement problématique en matière d'éthique si le geste est invasif et porte à l'intégrité physique.

Tout d'abord, le cadre juridique de l'exercice des professions médicales devrait alors être revu, car il donne actuellement, en référence à la notion de diplôme, un monopole aux médecins qui sont les seuls autorisés à porter atteinte à l'intégrité physique des patients. Les compétences des autres professionnels de santé sont conçues comme des dérogations à ce monopole, par le biais de mission pour d'autres professions médicales (sages-femmes, odontologistes) ou par le biais de décret d'actes pour les auxiliaires médicaux.

On devra donc garder à l'esprit les dérives possibles de certains transferts de compétences :

- le risque que, pour un même acte qui pourrait indifféremment être réalisé par le médecin ou un auxiliaire médical, sous l'influence de certains organismes payeurs, certaines populations soient orientées vers des structures dans lesquelles l'acte sera réalisé par l'auxiliaire médical. Dans quelles conditions le choix leur sera-t-il annoncé et proposé au patient ? Dans un contexte de geste diagnostique à enjeu important (échographie) ou à caractère plus ou moins invasif (endoscopie), ou d'acte thérapeutique (péridurale ou rachianesthésie), le danger d'installation d'une médecine à deux vitesses existe dans le prix et peut-être dans la qualité ;
- le risque d'augmentation d'erreurs thérapeutiques ou de diagnostic, notamment sur les cas les plus difficiles ;
- le risque que dans un système de paiement à l'acte une véritable concurrence s'installe et qu'une volonté d'autonomie fasse que l'auxiliaire médical désire ne plus travailler sous l'autorité mais en collaboration avec le médecin sans dépendance aucune (la dérive de l'ostéopathie et de la kinésithérapie en est un parfait exemple).

Au regard de ces risques, il nous semble nécessaire de définir un certain nombre de prérequis garantissant la qualité des soins :

- l'obligation pour l'auxiliaire médical de faire valider son examen par le médecin responsable ;
- la nécessité d'une proximité et d'une possibilité d'intervention immédiate du médecin responsable lors de la réalisation d'un geste par l'auxiliaire médical ;
- le contrôle de la bonne justification des actes réalisés par les organismes de contrôle institutionnel (par exemple future agence de la performance, HAS) et les payeurs.

Conclusion

Cette évolution est conforme à celle constatée dans la plupart des autres grands pays occidentaux.

La France reste en effet un des derniers grands pays occidentaux à ne pas avoir de « métiers intermédiaires » entre le médecin (bac + 8/12) et le personnel paramédical (bac+3). En conséquence, un retard important, notamment avec les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord, exis-

te en matière de recherche clinique et d'enseignement universitaire pour les personnels paramédicaux. D'autre part, beaucoup de nouveaux métiers dits « logistiques » (chargé d'affaire en recherche clinique, logisticien de bloc opératoire, coordonnateur de prise en charge...) existent déjà le plus souvent, soit dans le secteur privé de santé, soit dans d'autres secteurs d'activité.

Les Conférences hospitalo-universitaires sont donc favorables sur le principe à l'évolution des métiers à l'hôpital, à la fois pour permettre d'accompagner l'évolution des pathologies et des modes de prise en charge et pour favoriser une délégation des tâches médicales auprès de leurs collaborateurs, sous certaines conditions.

C'est dans cet esprit que sont formulées les propositions suivantes :

- **objectif 1 :** identifier les vrais besoins et les situations les plus urgentes.
- **proposition 1 :** analyser l'évolution de la démographie médicale en tenant compte de la réorganisation du secteur hospitalier et des effets d'une meilleure répartition des médecins sur le territoire.
- **objectif 2 :** garantir la sécurité des soins et la bonne justification des actes.
- **proposition 2 :** définir les prérequis aux transferts de compétences pour garantir la qualité des soins.
- **objectif 3 :** favoriser le développement de la notion de « collaboration entre professionnels » plutôt que celle de « délégation de compétence », qui implique une notion de travail d'équipe, entre personnes issues de formations et de compétences différentes, dans un objectif d'attractivité et de fidélisation.
- **proposition 3 :** supprimer les décrets d'actes des professions paramédicales en privilégiant la notion de mission, permettant un système de rémunération attractif.
- **proposition 4 :** universitariser les formations paramédicales.



**Conférence des
Directeurs Généraux**
de Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires



CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS
CME CHU
Commissions Médicales d'Établissement
des Centres Hospitaliers Universitaires



**Conférence des Doyens
des facultés de Médecine**

