

Coopération professions de santé : enseignements des expériences internationales et situation en France

Dr Yann Bourgueil
Directeur de recherches
IRDES

Journées Francophones
d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive 2009

CONFLITS D'INTÉRÊT

- Aucun conflit

- Enseignements des expériences internationales
- L'organisation des professions de santé en France
- Vers la coopération des professions de santé en France

Enseignements des expériences internationales

■ Définitions

- Skill mix, Team work, Interdisciplinary work...
- Skill Mix (Sibbald 2004)
 - Interfaces entre services
 - Changement des rôles professionnels
 - Substitution entre professionnels (pénurie, efficacité)
 - Diversification : éducation thérapeutique, coordination, suivi, triage, (qualité, répondre aux besoins)

A taxonomy of changes in healthcare (McKee, 2006)

Changing roles	
Enhancement	Extension tâches d'une profession sans modifier les frontières professionnelles. (ex l'éducation thérapeutique et suivi des patients chroniques par infirmières).
Substitution	Le transfert est défini comme l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre
Delegation	Déplacement d'une tâche au sein d'une même profession
Innovation	Créer un nouveau métier avec de nouvelles tâches
Changing the interface between services	
Transfer	Déplacement des ressources d'un contexte à un autre (soins en ville à la place de soins hospitaliers)- le patient et les ressources pour les soins sont transférées
Relocation	Déplacement des personnels d'une structure, d'un contexte à un autre (ex HAD, secteur psy, SMUR)
Liaison	Former et accompagner une équipe de soins d'un contexte de soins par un professionnel (équipes mobiles, gériatre intervenant au domicile, dans le cadre d'un réseau...).

L'évolution des rôles professionnels dans les pays étrangers

- USA : 60's –
 - Physician Assistant,
 - Advanced practice nurses
 - Clinical nurses
 - Nurse Practitioners
- US, Canada, Pays nordiques, Royaume-Uni...2000's
 - Substitution : prescription infirmière, gastroscopie, sigmoïdoscopie (MINuET)
 - Expériences en soins primaires
 - Diversification > substitution (walk in centers, Nhs direct, practical nurses, GMF, FHN...)

Les facteurs en lien avec l'évolution des rôles professionnels

- Le contexte et les motivations
 - Recherche de l'efficacité aux US
 - Améliorer accès et qualité au Royaume Uni
 - Pénurie et Task shifting en Afrique et Asie
 - Progrès technique, épidémies
- Organisation du système de soins
 - Contexte d'exercice en soins primaires (centres de santé, groupes de professionnels)
 - Densité médicale
 - Secteurs d'intervention nouveau (domicile)
 - Modalités de rémunération

Les facteurs en lien avec l'évolution des rôles professionnels

- Organisation des professions
 - La définition juridique des métiers
 - Plus large que les décrets d'actes dans les pays où les rôles sont plus développés – Actes partagés
 - La représentation des professions de santé
 - Des organes représentatifs et des mécanismes de représentation institutionnelle dans les pays où les rôles sont plus développés
 - La formation et la recherche : un facteur de développement

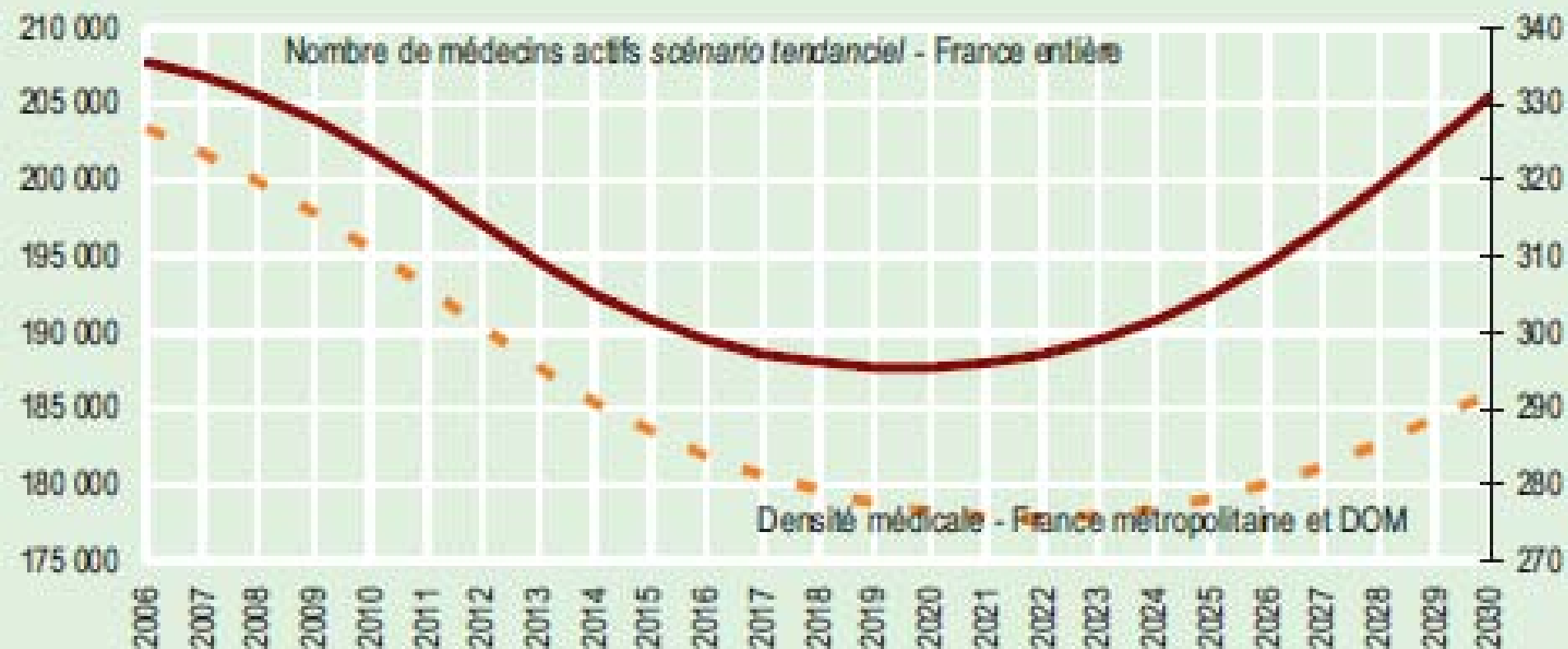
Les tendances dans les pays de l'OCDE

- Développement des techniques et de la spécialisation
- Une ressource humaine moins disponible
- Evolution de la demande
 - Vieillissement de la population
 - Augmentation des situations complexes et chroniques
 - Fragilité de certaines catégories sociales
 - Volonté d'information des personnes à propos de leur santé
 - Exigence argumentée sur la qualité des soins, judiciarisation
- La migration des professionnels une ressource pour certains pays, un problème pour d'autres

L'évolution des rôles professionnels permet de:

- Faire face à la pénurie mais...ne suffit pas
- La diversification pour augmenter la qualité et la substitution n'est jamais complète....vers un autre processus de soins
- Des coûts plus élevés à court terme
 - Efficient selon arbitrage coût/durée
 - Efficient selon amélioration de la qualité
- Attractivité si reconnaissance (€, postes, qualifications)

Nombre et densité de médecins en activité d'après le scénario tendanciel



Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

Source DREES : la démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales – Etudes et résultats - février 2009, n° 679.

L'organisation juridique des professions

- Les professions médicales :
 - Les médecins ; une **habilitation générale et monopolistique** à intervenir sur les corps d'autrui
 - Les autres professions médicales : **une habilitation spécialisée** aux domaines dans lesquels ils peuvent intervenir
 - Les chirurgiens-dentistes : les soins de la bouche, des dents et des maxillaires
 - Les sages-femmes : la grossesse, l'accouchement, les soins post-natals de la mère et l'enfant
- Les professions de la pharmacie : monopole de la préparation et de la délivrance des médicaments et dispositifs médicaux
- Les auxiliaires médicaux : **une habilitation sous contrôle médical**

L'organisation juridique des professions paramédicales

Dans le Code de la Santé Publique

- **11 auxiliaires médicaux** : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audio prothésistes, opticiens-lunetiers
- **2 domaines spécifiques** : préparateurs en pharmacie, techniciens de laboratoire
- **3 non citées car spécialités** : puéricultrices IBODE
IADE

Les points communs

En dérogation à l'exercice illégal de la médecine

- Sur prescription médicale
- Trois ans d'études
- Disciplines médicales et humaines, champ technique
- Métiers conçus comme de l'assistance médicale
- Décrites principalement par les actes (décrets d'activité)
- Régulés par quotas (concours d'admission) – ex quota infirmier de 30 000/an –doublement depuis 1990.

Les points de distinction

- Champs d'activités créés par différenciation de la population, de technique ou de partie du corps
- Référence aux soins ou aux activités : contact ou non avec les personnes soignées
- Exercices diversifiés selon les lieux et les modes de prise en charge
- Formation et diplômes délivrés Ministère Santé et/ou Ministère Education Nationale – pas de formation ni équivalence universitaire

La démarche d'expérimentation depuis 2003

- Création de l'observatoire national de la démographie (ONDPS) en 2003.
 - Rapport 2005 et 2005 –
www.sante.gouv.fr/ondps
- Rapport Président Berland coopération et “transfert de compétences” et expérimentations lancées en 2003
www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland/rapport_complet.pdf
- Plan démographie médicale janvier 2006
www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/demographie_medicale/sommaire.htm

Faut-il redistribuer les activités ? Rappel des conclusions du rapport Berland (www.sante.gouv.fr)

- De très rares initiatives françaises au prix, souvent de pratiques non reconnues
 - Médecine de ville, consultation infirmière spécialisée, consultation diététicienne, dosimétrie, ophtalmologie, SMUR...
- Vers une nécessaire mise en perspective du transfert de compétences
 - Deux situations de délégation de compétence
 - Partenaires paramédicaux « naturels » (MER, Oph)
 - Définition de nouveaux métiers (patho chroniques, aspect médico-technique)

Rappel des conclusions du rapport Berland (2) (www.sante.gouv.fr)

- De grands principes à respecter
 - La formation
 - Rattachée aux facultés de médecine
 - Lien avec le LMD (Licence Master Doctorat)
 - Dans le cadre d'une collaboration étroite médecin – acteur para-méd
 - Définition du champ de compétence
 - Cesser de codifier des actes et plutôt décrire les métiers dans leurs contours
 - Formation continue de tous
 - Revalorisation de l'investissement intellectuel au dépend de l'acte médico-technique

Une phase expérimentale

- Une liste d'expérimentations volontaires fixée fin 2003 : 14 - Deux vagues d'expérimentations entre 2004 et 2006
- Un encadrement législatif et réglementaire : LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique - Article 131 et arrêtés d'applications
- Travaux HAS : trois groupes de travail, enquête, consultation, rapports d'évaluation et recommandation fin 2007

La recommandation HAS

- Des conditions actuelles peu propices à une évolution des pratiques
 - Formation initiale, cadre juridique, modes de rémunération
 - Modifications conjoncturelles possibles, pérenniser
 - Pour un cadre rénové : modifications structurelles
 - Système de formation : cadre nouveau pour VAE, LMD
 - Cadre juridique : entre mission et actes
 - Conditions économiques d'exercice : cadre d'exercice et modes de rémunération
- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_497724/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

Ce qui est annoncé dans la loi HPST

- Scénario pour un cadre rénové non retenu
 - Pas de modification du cadre juridique
 - Réformes LMD et VAE en cours
 - Conditions économiques d'exercice non modifiées
- Protocoles élaborés par les professionnels validés par l'HAS, agrément ARS : un processus ascendant de changement

Les enjeux des nouvelles formes de coopération

À l'échelon du système de santé

- Sécurité identique à coût égal ou moindre
- Augmentation de l'accessibilité et de la qualité des prestations
- Flexibilité des organisations et travail d'équipe
- Développement de l'attractivité des professions

A l'échelon des acteurs

- Autonomisation des professions et modification de l'image sociale (reconnaissance économique, universitaire, responsabilité sociale...)