

Isabelle Poirot-Mazères
Professeur de droit public
Institut Maurice Hauriou
Université Toulouse 1 Capitole

Même si les avis divergent sur l'amplitude voire la réalité de la pénurie de médecins en France¹, chacun s'accorde à reconnaître l'existence et la progression de déserts médicaux. Objets de préoccupations constantes du pouvoir politique, comme en témoignent les divers projets, propositions et rapports², dispositifs en place et dispositions en cours d'adoption, ces déserts ne correspondent pas forcément à de vastes zones rurales privées de professionnels de santé où quelques praticiens vieillissants tentent de préserver un accès minimal aux soins, ni à quelques enclaves urbaines déshéritées, abandonnées même des services publics. Ce sont aussi de multiples confettis éparpillés sur le territoire, hameaux, vallées, quartiers parfois, que la territorialisation des politiques de santé tente d'enserrer dans le maillage d'une organisation des soins réticulée et graduée³. Les faillites de la démographie des professionnels de santé en termes de densité et de répartition apparaissent plus flagrantes encore alors que progressent les besoins de soins et de prise en charge d'une population de plus en plus âgée, affectée de pathologies chroniques. Allongement de la durée de la vie, progression de la dépendance, nécessité de fluidité des parcours et de coordination des professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, nécessité aussi de suivre les innovations scientifiques et technologiques en la matière, autant de défis pour les pouvoirs publics. Dans un tel contexte, l'attention a tendance à se focaliser sur deux aspects du système de santé sur lesquels les politiques ont une faible marge d'action : un *numerus clausus* longtemps myope aux besoins et dont l'ouverture progressive ne fera sentir ses effets bénéfiques que dans quelques années, une liberté d'installation défendue farouchement par les médecins alors que la plupart des autres professionnels de santé ont consenti à la voir bridée au nom d'un financement par la solidarité que les contraintes budgétaires érodent inéluctablement. D'autres ressorts doivent ainsi être sollicités pour répondre à la fois à l'intensification, à la complexification des besoins et à l'évolution des modes de prises en charge. Bien des propositions dans divers rapports ont été faites relatives à l'installation des praticiens ou à leurs modes d'exercice, avec plus ou moins de succès. Certaines d'entre elles, qui appellent à l'évolution nécessaire des métiers de la santé, sont inscrites dans la Stratégie nationale de santé et le Pacte Santé Territoire et émergent désormais dans la loi nouvelle.

¹ Sur des éléments de démographie pour différentes professions de santé, L.HENART, Y.BERLAND, D.CADET, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, janvier 2011, p.21. Selon ce rapport, les effectifs des médecins devraient baisser jusqu'en 2019-2020 (environ 207 000 médecins en 2006 pour environ 187 000 en 2019-2020) puis remonter à partir de 2020 (évolution projetée d'environ 205000 médecins en 2030) ; sur la réalité du phénomène, H.MAUREY, rapport au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur *la présence médicale sur l'ensemble du territoire*, n°335, 5 février 2013, Sénat.

² Récemment, PH.FOLLIOU et a., *Proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux*, 18 février 2015.

³ Rapport A.CORDIER, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 Recommandations du comité des «sages»*, 21 juin 2013.

Sujet moderne, préoccupation ancienne, dont les racines plongent au cœur du XIX^{ème}⁴. Alors que la Révolution avait supprimé toutes les corporations enseignantes et fermé les Facultés de médecine, la Constituante ouvre à nouveau celles-ci à Paris, Montpellier, Strasbourg, pour répondre aux besoins de praticiens compétents sur les terrains de bataille. Officiers de santé, après une formation courte, et docteurs en médecine, plus aguerris, rejoignent les armées. Le Consulat, par la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), réorganise l'exercice de la médecine, assimile aux médecins les chirurgiens, auparavant confondus avec les barbiers, et fait de la médecine un monopole partagé entre deux catégories distinctes, les officiers de santé et les docteurs en médecine. La distinction est à la fois spatiale et qualitative : les uns dans les campagnes, pour des actes simples, après trois ans d'étude ; les autres pour les élites des villes, pratiquant la « grande chirurgie », au terme d'un cycle d'études classiques de quatre ans. Finalement la loi du 30 novembre 1892 finit par supprimer l'officiat de santé, les facultés de médecine formant suffisamment de diplômés, et réserve l'exercice de la médecine aux seuls docteurs : « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine » (art.1^{er}). Sont par là même rejetés dans la pratique illégale de la médecine tous les concurrents ancestraux des médecins, rebouteux, guérisseurs et autres « empiriques ». Le texte distingue explicitement les professions médicales, médecins mais aussi dentistes (art.2) et sages-femmes (art.3 et 4) et définit les « conditions communes à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de la profession de sage-femme », dispositions toujours aujourd'hui valables. La loi donne par là au système de santé la physionomie qui est encore la sienne, clivée et segmentée, raison entre autres des tensions qui affectent actuellement la démographie des professions du soin et freinent le développement des coopérations⁵. Un autre facteur peut ici être évoqué. Le modèle de santé français, comme l'a rappelé récemment le HCAAM, est « fortement centré sur l'hôpital et déterminé, s'agissant des soins ambulatoires, par les principes de la Charte de la médecine libérale de 1927 ». En conséquence, « il s'est historiquement caractérisé par l'absence de projet global explicite d'organisation des soins primaires à une échelle territoriale ou populationnelle. Il a ainsi développé une offre ambulatoire de médecine générale et de médecine spécialisée, fonctionnant le plus souvent dans le cadre d'un exercice libéral individuel », et partant, « faiblement structurée et inégalement répartie sur le territoire, pharmaciens mis à part »⁶. Actuellement, alors que diverses voies sont explorées pour pallier ces déficits, l'un des ressorts le plus souvent retenu consiste à agir tout à la fois sur les périmètres d'action des professionnels et sur le renouvellement des pratiques. Le Pacte Santé Territoire prévoit ainsi de « transformer les conditions d'exercice des professions » (Engagements 5, 6 et 7), la Stratégie nationale de santé, qui reprend les propositions des rapports Hénart et Cordier, insiste notamment sur les « nouveaux métiers », sur les « mobilités au regard du développement des compétences » mais aussi sur le « rôle clef exercé par la formation » et l'importance de la recherche. Dans la loi Santé, un Titre III décline les formes de l'innovation pour garantir la pérennité de notre système de santé, en différentes dispositions visant à

⁴ Cf notamment, B.HOERNI, « La loi du 30 novembre 1892 », Histoire des sciences médicales, Tome XXXII, n°1, 1998.

⁵ HAS, « Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques », octobre 2007, p.13 et s.

⁶ HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, Avis, « La coopération entre professionnels de santé », 10 juillet 2014, p.11-12.

« Innover pour préparer les métiers de demain ». L'accès aux soins, la lutte contre les déserts médicaux passent aussi par le renforcement et l'amélioration de l'attractivité des professions de santé comme par la généralisation de technologies susceptibles d'effacer l'espace, telle la télémédecine. Cela suppose aussi de repenser si ce n'est la répartition, du moins l'exercice des professions, les modes de coopération, les modalités de coordination des missions et des compétences autour du patient. A cet égard, comme le soulignent les divers rapports sur le sujet, on ne pourra faire l'économie d'une véritable politique des ressources humaines et, entre autres, d'une réflexion sur les rapports entre médecins et les autres professionnels du soin. Et si la loi Hôpital Patient Santé Territoires (HPST) a tenté de donner « un cadre aux partages de savoir-faire » entre ces professionnels de santé, par des coopérations définies « essentiellement à partir de la pratique et de l'expérience »⁷, il faut désormais aller plus loin en suivant une double logique : d'une part, pour garantir l'accès aux soins et une meilleure fluidité des parcours dès le premier recours, conforter les dispositifs qui permettent, en modulant la répartition des compétences, de compenser les insuffisances de la présence médicale (I); d'autre part, au-delà même des mécanismes de substitution en vigueur, innover dans la voie de la diversification des professions de la santé (II).

I. Les aménagements de la répartition des compétences, au soutien des soins de premier recours

Dans un premier temps, les risques de rupture dans la continuité des soins et des prestations de santé ont été prévenus par des corrections limitées de la répartition très réglementée des compétences entre professionnels de santé. Dérogations ponctuelles d'abord, à la marge d'un système tout entier construit sur le monopole médical (A) ; puis, dans un second temps, aménagements pragmatiques d'exercices professionnels en réponse aux besoins et à un « temps médical » de plus en plus contraint, par la réglementation des modalités d'exercice partagé, des délégations interpersonnelles aux protocoles de coopération (B).

A. Les inflexions à la marge des monopoles d'exercice

Le Code de la santé définit dans sa quatrième partie trois catégories de professions de la santé, réglementées comme telles : les professions médicales (médecins ; chirurgiens-dentistes ; sages-femmes), les professions de la pharmacie (pharmaciens; préparateurs en pharmacie) et les professions d'aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et auxiliaires médicaux (catégorie plurielle où l'on retrouve, entre autres, les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, les opticiens-lunetiers, prothésistes et aujourd'hui les assistants dentaires)⁸. D'autres professionnels sont évoqués dans le Code de la santé, en relation avec une activité comme les conseillers en génétique, ou reconnus par les textes réglementaires comme

⁷ Préc.p.17.

⁸ Quatrième partie, Livre III, Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, et assistants dentaires selon la formulation de la nouvelle loi Santé.

titulaires d'un titre spécifique et d'une activité en santé, sans être qualifiés de professionnels de santé, à l'instar des psychothérapeutes et des ostéopathes⁹.

Le système est rigoureusement cloisonné à partir de qualifications et formations bien précises, déterminées par le CSP et sanctionnées par le Code pénal au titre des exercices illégaux de pratiquer. Quelques dérogations sont toutefois prévues, au nom de la santé publique.

1. Le cloisonnement de droit des professions de santé

Les différentes professions de santé, reprenant une tradition historiquement ancrée, font l'objet d'une réglementation rigoureuse issue de l'article L.4161-1 du Code de la santé publique et d'une construction qui prend comme fondation première et point de développement le statut des médecins et le droit qui leur est seuls reconnu au travers de l'invocation de la « nécessité médicale » de porter atteinte à l'intégrité du corps humain¹⁰. Ce droit et le monopole qui l'accompagne leur sont reconnus au terme d'une formation spécifique et exigeante, depuis la loi Chevandier du 30 novembre 1892 qui pose, dans son article 1^{er}, le principe de base de la médecine française « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis dans un établissement supérieur d'état ». Depuis lors, les professions de santé se structurent parallèlement, sur trois niveaux différents.

- a) Le système se construit sur la base du monopole médical à partir duquel sont définis, par degrés, les cadres légaux d'exercice des divers professionnels de santé.

Parmi les professions médicales reconnues par le Code de la santé publique, seuls les médecins disposent d'une habilitation générale et monopolistique à intervenir sur le corps d'autrui, avec les devoirs et responsabilités qui en découlent.

Le périmètre d'exercice des autres professions est défini en dérogation à ce monopole. Les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes (et les biologistes-médicaux) ont un exercice médical autorisé dans leur domaine de compétence. Ils se voient reconnaître une habilitation spécialisée à intervenir sur le corps d'autrui. Leur champ de compétence est ainsi limité sous réserve de l'obligation déontologique qui leur est faite d'intervenir en cas d'urgence pour accomplir des actes incombant en principe aux seuls médecins¹¹. Enfin, les professions

⁹ L'usage professionnel du titre de psychothérapeute est réglementé par l'article 52 de la loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Ce titre est réservé aux personnes possédant une formation spécifique (décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute). L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique (article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 définit les actes et les conditions d'exercice de l'ostéopathie.

¹⁰ Article 16-3 du Code civil : « 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. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »

¹¹ S'agissant des dentistes, l'article R. 4127-204 du code de la santé publique précise que : « Sauf circonstances exceptionnelles, [le chirurgien-dentiste] ne doit pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose ». Néanmoins l'article suivant, R.4127-205, fait obligation au professionnel de sortir de son domaine de compétence dans un cas déterminé, l'extrême urgence. Pour l'exercice des sages-femmes, les obligations sont formulées de manière moins précise. L'article R.4127 -313 du code de la santé publique dispose que : « Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou

paramédicales ou auxiliaires médicaux ne peuvent accomplir que les seuls actes figurant sur une liste préétablie, sauf là encore situation d'urgence. L'exercice de ces professions est appréhendé en dérogation à l'exercice illégal de la médecine, le plus souvent dans le cadre de *décrets de compétence* qui autorisent l'accomplissement de certains actes et en précisent le champ de responsabilité¹².

b) Dans cette configuration, la qualité des soins dispensés est garantie par un niveau de formation initiale adapté à chacune de ces professions, qui reproduit le cloisonnement des cadres légaux d'exercice. Médecins, sages-femmes et odontologistes sont issus de filières longues (pour les premiers, 9 à 11 ans au cours de trois cycles d'études ; 5 ans pour les sages-femmes; entre 6 et 8 ans pour les odontologistes) et les paramédicaux, dont la formation est plus courte, 3 ans en général. Ces formations diffèrent également quant à leur nature et à leur contenu : alors que certaines professions sont diplômées au terme d'un enseignement universitaire qui intègre une part importante de formation par la recherche, d'autres suivent un enseignement principalement professionnel. Les qualifications intermédiaires se trouvent de ce fait pratiquement absentes de cette organisation, à l'exception notable des infirmiers spécialisés en anesthésie et en chirurgie, dont le diplôme d'État est équivalent à un grade de niveau master.

Il existe donc un vide dans la chaîne des compétences en matière de soins, qui conduit les médecins à endosser des compétences qui ne nécessiteraient pas un niveau de formation aussi élevé, et empêche certains paramédicaux de voir reconnaître l'expertise acquise au cours de leur exercice professionnel. Ainsi structurée, soulignait la HAS, « cette organisation n'est pas fondée sur la compétence qui renvoie à la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs en situation (une façon adaptée et reconnue de faire et de se comporter) par les professionnels, mais sur l'inscription de l'intervention dans les cadres légaux »¹³.

Ce sont ces mêmes cadres qui, dans l'intérêt de la santé publique, ouvrent, sous certaines conditions et sans en remettre en cause l'essentiel, la possibilité d'y déroger.

2. L'extension des dérogations au service de la santé publique

Ce cloisonnement des professions s'accompagne traditionnellement de « soupapes de sécurité », compétences dérogatoires justifiées par les nécessités de la santé publique et destinées à éviter les effets d'une appréhension trop rigide des monopoles d'exercice.

a) Classiquement, au-delà de l'exercice illégal de pharmacie, et sans même évoquer le cas singulier des préparations de thérapies géniques ou cellulaires xénogéniques, le Code de la santé autorise certaines inflexions au monopole de dispensation des médicaments au détail. Ainsi en est-il de la catégorie des *médecins propharmaciens*, de l'article L.4211-3. Sur autorisation du directeur de l'ARS, qui en informe le représentant de l'Etat dans le département, les médecins établis dans une commune dépourvue d'officine de pharmacie

donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités».

¹² L.4161-1 CSP : ne se voient pas opposer l'exercice illégal de la médecine les étudiants en médecine, les « infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades », ni même les « personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret ».

¹³ Recommandations préc.

peuvent « avoir chez eux un dépôt de médicaments », et « délivrer aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins, les médicaments remboursables et non remboursables, ainsi que les dispositifs médicaux nécessaires à la poursuite du traitement qu'ils ont prescrit, selon une liste établie par le ministre chargé de la santé, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, et du Conseil national de l'ordre des pharmaciens ». Cette autorisation n'est accordée que lorsque l'intérêt de la santé publique l'exige, avec mention des « localités dans lesquelles la délivrance des médicaments au domicile du malade est également autorisée ». Aussi, les médecins propharmaciens sont essentiellement amenés à exercer leur activité au sein de régions rurales ou de montagne, au bénéfice de personnes isolées, dépendantes et dans l'incapacité de se déplacer.

Cet exercice dérogatoire de la dispensation est conditionné et strictement délimité. L'autorisation ne tient qu'autant que cela est nécessaire et elle est retirée dès qu'une officine de pharmacie est créée dans une des communes concernées. Il est rappelé par ailleurs que les « médecins bénéficiant d'une autorisation d'exercer la propharmacie sont soumis à toutes les obligations législatives et réglementaires incombant aux pharmaciens ». Ces praticiens « ne peuvent en aucun cas avoir une officine ouverte au public » et « ne doivent ne délivrer que les médicaments prescrits par eux au cours de leur consultation ». Leur rôle étant reconnu, une proposition de loi a tenté sans succès en 2012 d'en faciliter l'exercice en supprimant le caractère *intuitu personae* de la délivrance de l'agrément préfectoral et de leur appliquer les dispositions de l'article L. 4131-2 du code de la santé¹⁴.

Une autre dérogation, devenue quasi hypothèse d'école, est ouverte par le Code de la santé (L.4211-7) au profit des seuls herboristes diplômés au 20 septembre 1941¹⁵, sans autre reconnaissance législative. La commercialisation des plantes médicinales est aujourd'hui réservée aux pharmacies (en dehors des 148 plantes médicinales en vente libre). Si les revendications au soutien de la restauration du diplôme n'ont à ce jour pas abouti malgré plusieurs tentatives parlementaires en ce sens¹⁶, la mobilisation reste forte.

Par ailleurs, s'agissant de la vente de certains produits ou objets pharmaceutiques, la délivrance par des tiers autres que pharmaciens est ponctuellement permise, comme celle de contraceptifs d'urgence au profit des infirmiers des établissements d'enseignement secondaire et supérieur (L.5134-1 CSP)¹⁷.

¹⁴J.-L. WARSMANN, proposition de loi *visant à accorder la possibilité aux médecins propharmaciens de se faire remplacer ou aider dans leur activité*, septembre 2012, n°180. En effet, en cas de congés, de maladie, ou d'accroissement de leur activité médicale, les médecins propharmaciens se heurtent à d'importantes difficultés d'exercice du fait du caractère *intuitu personae*. Leurs assistants ou remplaçants éventuels ne peuvent délivrer de médicaments aux malades, ce qui peut préjudicier à la continuité et à l'efficacité de leur action. Ainsi, « afin d'assurer la pérennité de l'offre de soins dans des zones isolées », il était proposé, -sans succès toutefois- « d'accorder aux médecins propharmaciens, la possibilité de se faire remplacer ou aider, sans qu'il soit besoin pour leur remplaçant d'obtenir un agrément préfectoral spécifique pour délivrer des médicaments ».

¹⁵ L.4211-7 CSP: « Les herboristes diplômés au 20 septembre 1941 ont le droit d'exercer leur vie durant. (...) La vente au public des plantes médicinales mélangées ou non est rigoureusement interdite dans tous les lieux publics, dans les maisons privées et dans les magasins autres que les officines de pharmacie et herboristeries ».

¹⁶ Notamment une proposition de loi enregistrée à la Présidence du Sénat *visant à créer un diplôme et organiser la profession d'herboriste*, le 12 juillet 2011.

¹⁷ Les nouvelles dispositions ouvrent plus libéralement cette possibilité puisque cette délivrance par des infirmiers des établissements secondaires serait autorisée de façon générale en non plus seulement « à titre exceptionnel » et dans les cas « de détresse caractérisés ».

En parallèle, le pouvoir de prescrire, dimension intrinsèque de la pratique médicale, est reconnu par les textes aux sages femmes, dentistes, infirmiers, podologues-pédicures comme aux directeurs de laboratoire de biologie médicale, qui sont ainsi autorisés à prescrire, mais uniquement les médicaments nécessaires à l'exercice de leur art et dans la limite de leur droit de prescription respectif¹⁸. En convergence avec la promotion de la prévention et la lutte contre les addictions, la loi de *modernisation de notre système de santé* autorise désormais les médecins du travail, les sages-femmes et les infirmières/ers¹⁹ à prescrire des traitements par substituts nicotiques, compétence étendue lors des débats aux chirurgiens-dentistes et aux masseurs-kinésithérapeutes.

b) Ces assouplissements à la marge, par autorisations ponctuelles et encadrées, sont l'une des réponses possibles à la difficulté de trouver un médecin, méthode que le gouvernement tend aujourd'hui à appliquer aussi à certaines pratiques réservées jusqu'alors à ceux-ci. La nouvelle loi prévoit à cet égard dans son chapitre « Innover pour inventer les métiers de demain », un « renforcement des compétences des professionnels de santé » qui emprunte plusieurs voies.

D'abord, possibilité est donnée aux sages-femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses. Comme le relève l'étude d'impact, en dépit de « l'amélioration du dispositif d'accès à l'IVG engagée ces dernières années », des inégalités territoriales persistent, de telle sorte que pour renforcer « l'accès des femmes à l'IVG médicamenteuse sur l'ensemble du territoire, l'évolution du rôle et de la place des sages-femmes dans le domaine de l'interruption volontaire de grossesse et de la contraception doit être promu, dans un contexte de diminution prévisible du nombre de gynécologues obstétriciens (6 % entre 2011 et 2020) ». Cette extension a paru logique et légitime à tous les acteurs, dès lors que les sages-femmes exercent une profession médicale et sont impliquées dans le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de toutes les femmes enceintes », comme dans « le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception des femmes ne présentant pas de pathologie »²⁰. L'élargissement ne va pas plus loin et, très normalement, il est réaffirmé que seuls les médecins peuvent pratiquer les IVG pour motif médical (article L.2213-2 CSP).

Dans ce même objectif de renforcer les compétences des professionnels au service de l'efficacité des politiques de santé sur l'ensemble du territoire, le législateur a jugé nécessaire d'ouvrir l'offre de vaccination notamment « par des actions de proximité en élargissant les compétences des sages-femmes et des pharmaciens et en les impliquant plus dans la politique vaccinale ». Ainsi, afin de mieux protéger les nouveaux nés et au soutien de la couverture vaccinale, il est prévu que les sages femmes pourront vacciner les femmes et les nouveaux-nés mais aussi toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de l'enfant, dans des conditions qui devront être précisées par décret²¹.

Plus innovant et sans doute plus hasardeux, le projet avait prévu, en rappelant que les pharmaciens d'officine « contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-

¹⁸ Ainsi, par exemple, les droits de prescription des sages-femmes s'exercent dans le cadre de leurs compétences définies à l'article L.4151-1 du code de la santé publique.

¹⁹ Art. L. 3511-10 CSP.

²⁰ Etude d'impact, Projet de loi relative à la santé, 14 octobre 2014, p.123

²¹ L.4151-2 CSP.

11 » (L.5125-1-1 A, 1° CSP), de leur donner le droit de vacciner. Malgré le soutien de l'Académie nationale de pharmacie au soutien de la proposition, les parlementaires, devant les « inquiétudes » des médecins et des infirmiers²² et les incertitudes sur la mise en œuvre, y ont finalement renoncé²³.

Cloisonnée, sans possibilité d'expansion si ce n'est à la marge en raison de la rigidité de la répartition des compétences et des processus de formation, l'organisation des professions en santé fait depuis plusieurs années l'objet d'interrogations quant à sa faculté d'adaptation aux nouvelles contraintes démographiques et aux évolutions technologiques, épidémiologiques et démographiques. La détermination de périmètres d'exercice différents reposant sur la primauté de la formation initiale apparaît à certains égards inadaptée au regard des nécessités de la prise en charge des patients, voire décalée par rapport à la réalité des pratiques. Concrètement, le développement des professions paramédicales, au premier rang desquelles celle des infirmières et infirmiers, a accompagné l'évolution des pratiques médicales et poussé à réexaminer la question de la répartition des compétences entre professionnels de santé.

B. Des délégations aux dispositifs de coopération entre professionnels de santé

Le diagnostic préoccupant des évolutions de la démographie médicale alliées aux bouleversements technologiques de la pratique médicale a alimenté diverses réflexions et expériences depuis la fin des années 1990. L'une des pistes tracées est celle de la redéfinition des périmètres d'action des professions médicales et paramédicales, sous diverses appellations (délégation, transfert), de façon ponctuelle ou institutionnalisée au sein de divers modes de d'exercice collectif, jusqu'à la définition de nouveaux métiers.

Ainsi dès 2008, la HAS, dans ses recommandations formulées en collaboration avec l'ONDPS « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », identifie deux logiques dans les mouvements de coopération entre professionnels de santé: la substitution, qui vise à déléguer ou transférer une partie de l'activité d'un professionnel et conduit à une nouvelle répartition de tâches existantes; la « diversification des services s'appuyant sur l'intervention complémentaire de différents professionnels exerçant à champs de compétences donnés »²⁴, qui se traduit par la répartition de nouvelles tâches. Mais, pour renforcer la coopération entre les professionnels, souligne la HAS, « certaines évolutions réglementaires et professionnelles peuvent être nécessaires, telles qu'une reconnaissance de la délégation, du transfert de tâches ou la création de nouveaux métiers. Ces évolutions auront nécessairement un impact sur l'organisation du système de santé. Cet impact doit être anticipé et les conditions dans lesquelles les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé pourront se

²² L'étude d'impact reconnaissait d'ailleurs que « cette mesure pourrait ainsi être perçue comme une modification des équilibres économiques entre professions de santé, au détriment des médecins », sans négliger les interrogations quant aux modalités de mise en œuvre de la mesure, notamment en ce qui concerne les conditions de formation, d'équipement et d'assurance nécessaires.

²³ En attendant le rapport de Sandrine Hurel sur la politique vaccinale qui devrait, dans le même état d'esprit, exclure pour l'instant et sauf expérimentations ponctuelles, toute vaccination en officine.

²⁴ HCAAM, avis préc.p.3.

développer doivent être définies afin de préserver la cohérence de l'organisation du système»²⁵.

1. Transferts et délégations de tâches et de compétences

Dès le début des années 2000, le Pr Yvon Berland, rapporteur de la Mission "Coopération des professions de santé, le transfert de tâches et de compétences" évoquait la nécessité de développer des expérimentations visant à démontrer que des paramédicaux (infirmières, manipulateurs, orthoptistes...) pouvaient dans certains cas se substituer aux médecins pour la prise en charge d'actes de proximité sur les patients. Étaient alors notamment cités des actes techniques (comme par exemple l'échographie et l'échocardiographie, certains examens ophtalmologiques tels l'optométrie...), ainsi que plusieurs prises en charges cliniques (certaines consultations d'hépatologie, de diabétologie ou de lutte contre l'obésité). Il s'agissait donc d'aller au-delà de la délégation de tâches classique et juridiquement encadrée, par laquelle le médecin est autorisé à faire effectuer certains actes qui relèvent normalement de son monopole par des professionnels paramédicaux, tout en en restant responsable²⁶. A partir d'un état des lieux et de l'analyse de diverses expériences étrangères, le rapport préconisait d'expérimenter les transferts de compétences, qui consistent à autonomiser l'auxiliaire médical en lui conférant juridiquement la possibilité de pratiquer, de façon autonome et sous sa propre responsabilité, des actes que le législateur déciderait d'écarter du monopole médical. La loi du 9 août 2004 ayant donné au Ministre de la santé la faculté de déroger par arrêtés ministériels aux lois et décrets relatifs aux conditions légales d'exercice des médecins et des auxiliaires médicaux²⁷, plusieurs expérimentations de transferts de compétences furent lancées en ce sens, dans un cadre législatif et réglementaire précis²⁸, entre décembre 2004 et décembre 2006 afin d'en évaluer la faisabilité et l'acceptabilité comme la pertinence économique²⁹. Certaines conclusions en furent tirées lors de l'évaluation

²⁵ HAS, en collaboration avec l'Observatoire national de la Démographie des Professionnels de Santé, *Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé*, Rapport d'étape, Janvier 2007, p.4

²⁶ Ce mécanisme de la délégation repose pour l'essentiel sur un transfert de compétences du délégant médecin sur le délégué, le plus souvent infirmier. La délégation n'est légale que si le délégué a les compétences, les moyens et les pouvoirs nécessaires pour accomplir le ou les actes délégués qui s'ajoutent à l'exercice normal de ses fonctions. Si juridiquement, la délégation de pouvoir (actes médicaux) s'analyse en un transfert de compétences et donc de responsabilité, elle ne saurait cependant exonérer le délégant, comme l'a souvent rappelé la Cour de cassation, de son devoir de surveillance, de contrôle et au besoin d'assistance du délégué. Dans la délégation, les médecins transfèrent à un certain nombre d'actes techniques et/ou intellectuels, mais ils en gardent la maîtrise, en particulier en termes de responsabilité juridique. Le médecin «délégant» conserve la direction, la responsabilité et la surveillance des actes de l'infirmière ou du manipulateur «délégué».

²⁷ Article 131 loi 2004-806 du 9 août 2004, *relative à la politique de santé publique* : " Des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé peuvent être prévues [...], par arrêté du ministre chargé de la santé. Cet arrêté fixe les modalités précises de ces expérimentations, et notamment la nature et la liste des actes, la durée de l'expérimentation, les établissements et services qui en sont chargés, les conditions de mise en oeuvre, ainsi que les modalités de son évaluation. "

²⁸ Arrêté du 13 décembre 2004 *relatif à la coopération entre professionnels de santé* (J.O n° 10 du 13 janvier 2005, p. 557) et arrêté du 30 mars 2006 *modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé* (J.O n° 83 du 7 avril 2006, p.5263).

²⁹ Y.BERLAND ET Y.BOURGUEIL, Rapport, *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*, ONDPS juin 2006 : coopération entre médecine et infirmier (Expérimentation n°1 : traitement de l'insuffisance rénale chronique et infirmière experte en hémodialyse ; expérimentation n° 2 : le suivi des patients traités pour une hépatite Chronique C par une infirmière experte) ; expérimentation n° 3 :

par l'ONDPS en 2006, et notamment la possibilité pour des professionnels paramédicaux préalablement formés « 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 », sans omettre, dans le cadre de certains projets, soit « un accroissement de productivité », soit « un gain de temps médical plus ou moins important (manipulateur en électroradiologie en radiothérapie, diététicienne dans le traitement du diabète de type II) »³⁰.

Sur cette base, partant du constat que « dans un contexte marqué par l'apparition de nouveaux « besoins » de santé, par l'évolution de la demande adressée aux professionnels, par des progrès technologiques importants, et enfin, par l'importance croissante des enjeux d'efficacité et de démographie en santé, l'organisation de la répartition des tâches entre professionnels mérite une attention toute particulière »³¹, la HAS a alors formulé différentes recommandations afin de lever certains obstacles liés à la formation et aux cadres juridiques d'exercice et de rémunération des professions de santé. Elle en appelait alors à la décision publique pour mettre en œuvre les conditions juridiques et médico-économiques nécessaires à l'application de ces nouvelles modalités d'exercice des pratiques en santé. Les conclusions des États généraux de l'organisation des soins, au printemps 2008, allaient dans le même sens: « 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 sont des enjeux majeurs pour l'avenir de notre système de santé »³².

Opérer une nouvelle répartition des rôles entre professionnels de santé, tel a ainsi été l'objet de l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) qui crée un cadre permettant la mise en place de coopérations entre les professionnels de santé³³.

2. *L'institutionnalisation : les protocoles de coopérations (Article 51 loi HPST)*

Cet article, inscrit dans le Code de la santé publique sous la forme d'un nouveau titre regroupant les articles L. 4011-1 à L. 4011-3, est conçu comme « susceptible de favoriser la plus grande qualité des soins et un enrichissement des perspectives de carrière offertes aux professions de santé. Il se présente néanmoins comme une dérogation au cadre réglementaire existant et suscite à ce titre de nombreuses interrogations, voire des réticences »³⁴.

Il permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins, autorise « les réorganisations de prise en charge et modes d'intervention auprès des patients, ainsi que des modes d'exercice partagé qui répondent à des besoins de santé, pour mieux s'adapter aux pratiques des professionnels tout

coopération entre la coopération entre manipulateur en électroradiologie, et médecins radiothérapeute ; expérimentation n° 4 : collaboration Ophtalmologiste/Orthoptiste en cabinet de ville ; expérimentation n°5 : la coopération entre médecins spécialistes et diététiciens pour le traitement des diabètes de type 2.

³⁰ Ibid.p.66.

³¹ *Délégation, transferts, nouveaux métiers...Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?*, Recommandation HAS, 2008, p.43.

³² DHOS-ONDPS, *Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS). Synthèse des travaux des 2 journées nationales*, (8 février et 9 avril 2008), p.14.

³³ C.BERGOIGNAN-ESPER, « Les formes nouvelles de coopération des acteurs de santé : entre innovation et modernisation », RDSS, 2009, p.806.

³⁴ C.GENISSON ET A.MILON, *Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé*, 28 janvier 2014, p.7.

en garantissant, bien sûr, un haut niveau de sécurité et de qualité ». La procédure est exclusivement à l'initiative des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux), qui doivent soumettre à l'ARS les protocoles de coopération qu'ils initient, ou demander d'adhérer à un protocole déjà autorisé. Partant, les protocoles autorisent à titre dérogatoire et sous couvert d'un contrat, un professionnel de santé non médecin à effectuer des actes qui lui sont en principe interdits. Ce contrat nominatif est souvent conclu entre un médecin et un paramédical (ou une équipe) et permet à ce(s) dernier(s) de pratiquer des actes techniques, comme la réalisation d'une ponction médullaire à visée diagnostique, la pose de cathéter ombilical chez des nouveaux nés par une puéricultrice à la place d'un médecin, ou des prises en charge globales, comme le suivi de patients chroniques, type ASALEE. Ont été précisées différentes garanties juridiques et techniques, comme la vérification par l'ARS que les protocoles qui lui sont soumis répondent bien à un besoin de santé exprimé au niveau régional, la validation par la HAS, la définition précise par le protocole de l'objet et de la nature de la coopération (disciplines ou pathologies), des professions concernées et des actes et activités de soins dérogatoires aux conditions légales d'exercice, l'information obligatoire du patient.

En permettant de la sorte un exercice pluri-professionnel et non plus isolé, les coopérations améliorent les conditions d'exercice des médecins et, selon le Ministère de la santé, « elles peuvent être aussi un des éléments de réponse aux problèmes de démographie et d'optimisation du temps médical ». Pourtant, après six ans de recul, le recours aux coopérations s'est avéré décevant sur le terrain³⁵. Plusieurs freins ont été identifiés : notamment la complexité de l'utilisation du dispositif par les professionnels avec une procédure lourde et fastidieuse, une « rédaction très chronophage »³⁶, exigeant des professionnels de santé aguerris et un soutien actif des services de l'ARS et/ou des structures hospitalières, la persistance d'obstacles juridiques³⁷. Alors qu'il semble faire consensus dans son principe, le dispositif doit être renforcé afin de sécuriser les relations entre professionnels, les conditions de rémunération et clarifier les compétences de chacun.

En toute hypothèse, comme l'a rappelé le Conseil d'Etat, « les protocoles de coopération ont pour seul objet d'organiser la prise en charge des patients, en opérant entre les différents professionnels de santé de transferts d'activités ou d'actes de soins ou en réorganisant les modes d'intervention, sans affecter les conditions juridiques d'exercice des professionnels qui adhèrent au protocole » ; le dispositif n'a donc ni pour objet ni pour effet d'instituer de nouvelles formes d'exercice³⁸.

³⁵Ibid.p.11

³⁶ CH.DEBOUT, A.-M.DORE, « Introduction de la pratique avancée en soins : vers un modèle français ? » in *Accompagner le changement dans le champ de la santé*, (Coord.M.SAINT-JEAN, N.PEOC'H, B.BASTIANI), De Boeck-Estem, 2015, p.148.

³⁷ A cet égard, soulignait la HAS dans son évaluation de 2013, « les conditions de généralisation des protocoles ne sont pas réunies en raison notamment dans l'attente de la décision des pouvoirs publics en matière de rémunération (modalités de rémunération, organisation des relations entre les professionnels (lien de subordination...), reconnaissance des formations, création de métiers intermédiaires). Dès lors, les professionnels hésitent à s'engager d'autant que des obstacles financiers (modalités de remboursement des patients...) et réglementaires (délivrance par le pharmacien...) persistent », Rapport d'activité 2013, *Les protocoles de coopération*, Article 51 de la loi HPST, p.10.

³⁸ CE 20 mars 2013, *Syndicat des médecins d'Aix et région*, n°337577.

Solution partielle aux tensions de la démographie médicale et aux besoins d'offre de soins, les protocoles ouvrent cependant la voie à un changement bien plus radical, au-delà des mécanismes de substitution, celui de la diversification professionnelle.

II. La diversification professionnelle, au défi de la « désertification » médicale

Selon des avis couramment partagés, si une nouvelle répartition des tâches entre professionnels permet d'optimiser l'exercice et le « temps médical et paramédical disponible », ce n'est qu'un début de réponse aux difficultés démographiques actuelles et à venir. D'autres pistes ont ainsi été tracées, qui conduisent à envisager de redéfinir plus radicalement et explicitement les périmètres d'exercice des professionnels de santé. Pour ce faire, la réflexion doit dépasser le cadre des coopérations pour reconnaître de nouveaux métiers de la santé, issus en particulier des métiers socles des paramédicaux (A). Une telle évolution suppose que les autorités politiques investissent le sujet, que soient revues les réglementations d'exercice en vigueur, et par là même, que soit enfin mise en place une véritable politique de gestion des ressources humaines en santé (B).

A. Les nouveaux métiers de la santé, palliatif à la bipolarisation des professions de santé

Les enseignements tirés de la mise en oeuvre de l'article 51 de la loi HPST ont ouvert de nouveaux débats sur la répartition des compétences et la redéfinition des périmètres d'exercice entre les différentes professions de santé. De fait, les expériences réussies de coopérations ici et ailleurs ont rendu évidente la nécessaire évolution structurelle des métiers de la santé. Plusieurs propositions, relayées par le Pacte Territoire Santé, la SNS et la loi Santé, ont insisté sur certains réaménagements nécessaires des cadres juridiques relatifs aux pratiques des professionnels de santé, à leur mode de rémunération et leur formation. L'un des axes est celui de la valorisation des professions autres que celle des médecins, de la reconnaissance à leur profit de compétences plus étendues et de la révision des formations afin de « casser » le profil linéaire des carrières des professions paramédicales qu'induit le cloisonnement des diplômes et des compétences.

Prenant la suite des recommandations de la HAS et de l'ONPS, le rapport HENART-BERLAND-CADET, relatif *aux métiers en santé de niveau intermédiaire*, franchit une étape dans les préconisations et avance qu'« afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population, dans un contexte de finances publiques contraintes », « l'organisation et les principales caractéristiques des ressources humaines en santé doivent évoluer pour s'adapter ». En ce sens, « la création de nouveaux métiers en santé de niveau intermédiaire est une des réponses possibles aux inadaptations constatées mais elle doit être soumise à de fortes exigences »³⁹.

La mission fixe deux grandes directions, complémentaires, celle de la reconnaissance en France des pratiques avancées et celle de la promotion des métiers intermédiaires. Quelle

³⁹ *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, janvier 2011, p.41

qu'en soit la forme, l'évolution conduit à dépasser la bipolarité entre les métiers médicaux et les métiers paramédicaux pour créer, à l'interface des uns et des autres, de nouvelles professions participant du maintien de l'offre de soins sur le territoire.

1. De la pratique avancée

C'est aux Etats-Unis et au Canada, dans les années soixante, que les premiers IPA (infirmiers de pratiques avancées, création alors de la catégorie des « infirmières praticiennes ») sont apparus, en réponse à des demandes de soins croissantes et à la désertification médicale des grands territoires. D'autres pays ont suivi et l'OCDE a publié une étude sur le sujet en 2010⁴⁰, qui relève notamment que « les évaluations montrent que le recours aux infirmières en rôles avancés peut effectivement améliorer l'accès aux services et réduire les temps d'attente. Les infirmières en rôles avancés sont capables d'assurer la même qualité de soins que les médecins dans une gamme de services, comme le premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure et le suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques». Par ailleurs, c'est aussi le moyen, dans certains pays « de contenir les coûts (en) déléguant certaines tâches de médecins qui ont des rémunérations plus élevées à des infirmières avancées « de niveau intermédiaire » moins onéreuses », et souvent « d'augmenter l'attrait de la profession infirmière et les taux de fidélisation dans cette profession en améliorant les perspectives de carrière »⁴¹.

Le Conseil International des Infirmiers en a validé en 2002 la définition: « Une infirmière de pratique avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée »⁴². Si la réflexion sur les pratiques avancées est surtout menée autour des infirmières, la définition vaut pour tous les professionnels paramédicaux. L'exercice en pratique avancée répond ainsi aux rigidités des cadres d'exercice fixés par la réglementation qui ne permettent ni de reconnaître des compétences cliniques de haut niveau dans les champs d'exercice des professionnels paramédicaux, ni de tenir compte, à la suite des évolutions technologiques, de la simplification et de la généralisation de certains actes qui ne nécessitent plus des compétences exclusivement médicales.

Il s'agit pour le professionnel, à partir de son métier socle (infirmier ou autre paramédical), de développer et de faire reconnaître une expertise et des compétences renouvelées, alliées à un « haut degré d'autonomie professionnelle »⁴³. De surcroît, l'activité clinique du professionnel paramédical peut être « complétée par des activités d'encadrement et de formation de

⁴⁰ M.DELAMAIRE ET G. LAFORTUNE, « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », 2010, Éditions OCDE. <http://dx.doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>

⁴¹ Ibid.p.9.

⁴² Cf notamment Colloque de l'Ordre national des infirmiers, Palais du Luxembourg, 24 juin 2015.

⁴³ Plus précisément, l'exercice en pratique avancée intègre « la réalisation de toutes les activités cliniques, notamment l'évaluation de l'état de la personne et de son entourage, la planification et la mise en œuvre du traitement et/ou des interventions de soins, l'évaluation des interventions ; une expérience clinique ; une approche holistique; une relation de partenariat avec le patient ; la référence à un raisonnement d'expert; un savoir théorique approfondi », L.JOVIC, CH.GUENOT, A.NABERES, P.MAISON, *Pratiques avancées des professionnels paramédicaux*, Recherche en soins infirmiers, 2009/4, n°99, p.119

stagiaires, d'enseignement, de réalisation de travaux de recherche, de réalisation d'évaluation des pratiques professionnelles, de conseil auprès de pairs ou d'autres professionnels paramédicaux, notamment pour la gestion de situations cliniques complexes »⁴⁴. C'est ainsi que la Stratégie nationale de santé a préconisé d'adapter le statut des auxiliaires médicaux, et, prenant acte des besoins nouveaux en cancérologie, notamment en matière de suivi des chimiothérapies orales ou de coordination des parcours, le troisième Plan Cancer a prévu la création d'un nouveau métier, celui « d'infirmier clinicien », prioritairement dans le champ de la cancérologie⁴⁵, idée reprise par le gouvernement.

2. De la pratique avancée et autres « nouveaux » métiers en santé

L'un des réponses aux évolutions épidémiologiques, démographiques et technologiques, est donc la mise en place, à partir des métiers socles, de nouveaux métiers dans le champ de la santé, situés entre le « bac+8 » du médecin et le « bac+3/4 » des paramédicaux, ce qu'entérine la nouvelle loi Santé.

a) D'ores et déjà, certains contextes favorisent l'émergence de ces pratiques qui doivent désormais être formalisées et reconnues juridiquement: l'étude d'impact de la loi évoquait, au sein de coopérations, le suivi par des infirmiers de malades chroniques via les dispositifs de télémédecine ou les délégations par les radiologues d'actes techniques comme les échographies, et surtout le développement des consultations, dans des situations bien circonscrites « avec des responsabilités limitées en terme de prescription et des décisions encadrées par une supervision médicale »⁴⁶.

La nouvelle loi consacre et encadre dans son article 30, l'« exercice en pratique avancée » au bénéfice des auxiliaires médicaux. Le champ de compétence ouvert le sera sous forme de missions de santé⁴⁷, précisées par voie réglementaire, dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire du patient. La loi prévoit les divers contextes dans lesquels la pratique avancée pourra se déployer. Selon l'article l'art. L. 4301-1, « les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée », soit au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant, soit « en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin », soit « en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire ». Le médecin garde, on le note, un rôle central ce que d'aucuns regretteront. Pour chaque profession d'auxiliaire médical, un décret en Conseil d'État pris après avis de

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Article 4.1 : La création du métier d'infirmier clinicien est une innovation qui s'inscrit dans la Stratégie nationale de santé. Il s'agit d'une formation universitaire qui reconnaît la possibilité à un infirmier de réaliser des pratiques dites avancées, au-delà du métier socle d'infirmier. Elle permet de mieux répondre aux besoins de la population en cohérence avec les évolutions de l'organisation des soins. Les évolutions technologiques dans le champ de la cancérologie, le développement de l'ambulatoire en particulier en chirurgie, la complexification des soins -chimiothérapie et thérapies ciblées- nécessitent le renforcement de la coordination des soins et la présence de personnels infirmiers investis de prérogatives et d'un champ d'autonomie élargi. Ces infirmiers cliniciens seront habilités à assurer, sous certaines conditions, la prescription protocolisée d'exams de suivi des traitements, de traitements complémentaires et de support, ainsi que la reconduction ou l'adaptation de traitements spécifiques. Le déploiement des premières formations est prévu pour la rentrée universitaire 2016. Ce nouveau métier ne se substitue pas aux spécialisations en cancérologie à partir du métier socle d'infirmier qui feront toujours l'objet de formations.

⁴⁶ Préc.p.125.

⁴⁷ Art. L. 4301-1.-I CSP.

l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, doit définir « les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter: « a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ; b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique; c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examen complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ».

Seront également précisées les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée. Pour y prétendre, les auxiliaires médicaux devront justifier d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin⁴⁸. La référence à un niveau master a été abandonnée lors des débats. Avant de pouvoir exercer en pratique avancée, les personnes ayant obtenu le titre de formation devront se faire enregistrer « auprès d'un service ou organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé ». Enfin, il est précisé que le professionnel exerçant en pratique avancée devient « responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre », et qu'il est soumis, par principe, aux règles professionnelles et éthiques « de chaque profession, ainsi que celles communes à l'ensemble des professionnels de santé ».

Clairement, l'objectif n'est pas de faire de l'exercice en pratique avancée le droit commun des professions paramédicales mais de mettre en place un dispositif susceptible d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques et la continuité des parcours. En ce sens, l'on estime que 1 à 3% des infirmiers pourraient être concernés. La réforme aura un coût probable lié à l'inscription « à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et à la classification commune des actes médicaux (CCAM), de la cotation des actes nouveaux effectués dans ce cadre », « à la revalorisation statutaire dans la fonction publique hospitalière (FPH) » et à la restructuration de l'offre de formation, coût qui devra être apprécié au regard de « l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'état de santé de la population »⁴⁹.

b) Quant aux nouveaux métiers, ils peuvent déjà être identifiés, selon le rapport HENARD-BERLAND-CADET, « par leur champ d'intervention, leur caractère à la fois inédit et de haute technicité et par un niveau élevé de compétences et de qualification (master), conduisant à une prise de responsabilité importante et identifiée »⁵⁰. Au cœur du soin mais aussi en dehors de celui-ci, les progrès technologiques et les avancées scientifiques ont suscité l'apparition nécessaire de professionnels hautement qualifiés *au service de la santé*, radiophysiciens⁵¹, biostatisticiens, bioinformaticiens, nouveaux métiers d'ingénieurs, formés

⁴⁸ Cette habilitation de l'université se fera "sur le fondement d'un référentiel de formation défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, dans le cadre de la procédure d'accréditation de son offre de formation".

⁴⁹ Etude d'impact, préc. p.130.

⁵⁰ Rapport préc.p.48.

⁵¹ C.GENISSON ET A. MILON, rapport préc.p.35

spécifiquement (bac + 5) « dans le champ de l'imagerie, de la biologie, du bio médical voire de la chirurgie »⁵².

De tels développements impliquent une forte mobilisation des pouvoirs publics et la mise en place d'une gestion des ressources humaines en phase avec les besoins et les évolutions de la démographie médicale.

B. La promotion d'une « politique modernisée des ressources humaines », autre condition de la pérennité de l'offre de soins sur le territoire

Toute réflexion et toute proposition sur les nouveaux métiers en santé, leitmotiv des rapports successifs, doivent prendre comme points de départ les besoins en santé, les réponses à y apporter, comme la recherche de complémentarités et non de concurrence entre les dispositifs mobilisés pour ce faire. La mission HENART-BERLAND-CADET traçait d'ailleurs les grands axes des politiques à venir sur le sujet (« neuf propositions reposant sur quatre piliers ») avec une priorité, « mettre en place une politique modernisée des ressources humaines en santé », une innovation, « la création des professions de santé de niveau intermédiaire », une méthode à suivre, l'adoption « d'un système rigoureux de validation » et une nécessité, « l'intégration des formations à l'enseignement supérieur »⁵³.

Pour garantir la pérennité de l'offre de soins dans ses nouvelles formes et ses prolongements technologiques, les formations mais aussi les réglementations relatives à la répartition des compétences entre professionnels, à leurs conditions d'exercice et de rémunération, doivent être précisées et pour certaines, adaptées.

1. Adapter les formations, reconnaître les qualifications

Construire une politique des ressources humaines apte à suivre les évolutions de l'environnement de la santé passe par l'adoption d'une « démarche métiers » qui réponde efficacement aux besoins sur le terrain. Il faut pour cela casser les « lignes de force récurrentes » qui structurent les professions de santé, « telles que la primauté du diplôme, l'exigence d'un lien direct entre le diplôme détenu et la profession exercée ou la nette suprématie de la formation initiale », pour y substituer une démarche pragmatique, qui « consiste à penser le métier à partir du référentiel d'activités et du besoin en compétences, lui-même assis sur les besoins de la population, puis à en déduire les référentiels de formation et les diplômes nécessaires. L'adaptation des métiers aux besoins constitue la clé de voûte de la démarche métier »⁵⁴.

Qu'il s'agisse de créer de nouveaux métiers ou de conforter les métiers socles en en redessinant les contours, la démarche suppose de mettre à plat le système des formations en

⁵² Comme exemples, l'« ingénieur d'imagerie » dont la spécialisation répond à la multiplication d'équipements de plus en plus complexes, et qui travaillerait dans les services d'imagerie en lien avec les ingénieurs biomédicaux et les responsables informatiques ; ou l'« ingénieur de bloc opératoire », permettant l'utilisation optimale des nouveaux outils de la santé (nouveaux logiciels, robotique ou simulation pré ou per opératoire).

⁵³ *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, préc.p.8.

⁵⁴ *Ibid.*p.45.

santé. Cette réingénierie des formations passe par l' « universitarisation » des paramédicaux⁵⁵. On sait que contrairement à la filière médicale, filière professionnelle autonome caractérisée par l'existence d'un *numerus clausus* à la fin de la première année d'études, qui n'a pas été intégrée d'emblée dans le système LMD, les professions paramédicales ont été inscrites dans le processus de Bologne. Progressivement, ce sont toutes les professions paramédicales dont les études durent trois ans minimum après le bac qui vont être revues avec pour vocation d'entrer dans le modèle LMD, ce qui doit garantir des « carrières évolutives, lisibles et autonomes »⁵⁶.

Pour ce faire, et parce qu'un processus d'adaptation permanente des métiers de la santé l'exige, le pilotage a été clairement resitué au sein des services ministériels. Les déclinaisons territoriales ont été confiées aux ARS instituées en maîtresses d'œuvre d'une gestion des RH en santé renouvelée et de la coordination de la gestion prévisionnelle des emplois au sein des divers établissements⁵⁷.

En parallèle, proposition a aussi été faite, « pour simplifier le dispositif actuel des compétences croisées et mieux ancrer les formations paramédicales dans le champ universitaire » de redonner compétence « à l'Etat sur l'ensemble des questions de formation des professions paramédicales de niveau licence »⁵⁸.

Les partenariats sont appelés à être renforcés et clarifiés, et l'action des ARS en matière de ressources humaines et de formation (initiale et continue) doit être portée, via le PRS, par une vision stratégique qui intègre celle des régions et des universités. Or, relève le rapport Chantal DE SINGLY, *Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé. Ressources humaines et Projets régionaux de santé*⁵⁹, « en matière de métiers, compétences, de formation et organisation de travail, les rôles sont différenciés mais les lieux de concertation éclatés », et les acteurs intervenant dans le champ des ressources humaines multiples⁶⁰. Quant au pilotage stratégique des formations, l'Université intervient en matière de professions médicales, la Région sur les professions paramédicales, et si « l'ARS est en interface avec l'une et avec l'autre », « il n'existe pas un lieu les réunissant toutes les trois pour discuter la stratégie régionale de formation de l'ensemble des professionnels des champs sanitaire et médico-social ». Enfin, s'agissant des mécanismes d'incitation des professionnels libéraux, « l'Assurance Maladie détient les clefs de la négociation conventionnelle et ne partage pas la discussion en région sur les priorités qui leur sont fixées ». La préconisation est ainsi de renforcer le rôle des ARS dans la définition des besoins en professionnels des champs sanitaire et médico-social et de renforcer leur implication dans les schémas de formation⁶¹.

⁵⁵ Ibid.p.10: « Proposition n° 8. La mise en place de filières universitaires est indispensable pour bien positionner dans le système LMD les métiers socles et les futurs métiers en santé de niveau intermédiaire ».

⁵⁶ Ibid.p.56

⁵⁷ Sur la modernisation de la gestion des RH dans les établissements publics, Cf D.TOUPILLIER, M.YAHIEL, *Rapport sur la modernisation sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, 28 janvier 2011.

⁵⁸ *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire...*, préc.p.10.

⁵⁹ Rapport, 10 juillet 2014, p.27.

⁶⁰ Les Universités et les différents instituts et écoles, le Conseil régional, les établissements, les organisations syndicales, les Conseils généraux et les collectivités territoriales, les services de l'Etat (DRJSCS et DIRECCTE) et les OPCA, les URPS, les CPRE, les observatoires de branche, les ordres professionnels.

⁶¹ Ibid.p.52.

2. *Sécuriser et valoriser les modes d'exercice*

a) En premier lieu, l'inscription dans le système LMD doit aussi être le moyen de garantir le niveau et la gradation des rémunérations, en suivant la progression des responsabilités supplémentaires attachées aux nouvelles compétences. Cela devrait conférer aux professions paramédicales, en ouvrant les carrières vers le soin et non plus seulement l'encadrement, une plus grande attractivité de nature à garantir la permanence de l'offre.

Cette sécurisation économique doit s'inscrire aussi dans les formes d'exercice collectif et coopérations⁶², la reconnaissance de nouvelles compétences aux professions paramédicales ne pouvant s'exonérer d'une reconnaissance financière adéquate⁶³. De nouveaux modes de rémunération ont ainsi été expérimentés (expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR), article 44 du PLFSS 2008), qui sont appelés à devenir pérennes⁶⁴. Au titre de son engagement 5 « développer le travail en équipe », le Pacte Santé Territoire prévoit de généraliser la rémunération d'équipe⁶⁵. Le modèle fourni par le protocole de coopération ASALEE fournit à cet égard des solutions innovantes⁶⁶.

En parallèle, c'est une sécurisation juridique qu'attendent les professionnels, dans la définition des missions et des responsabilités afférentes⁶⁷. Cette sécurisation apparaît

⁶² J.-M. JUILHARD, B. CROCHEMORE, A. TOUBA, G. VALLANCIEN, *Le bilan des maisons et des pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement*, 2009, p.36 et s.; HAS, S. CHAMBARETAUD, rapport du groupe de travail présidé par M. ELBAUM, *Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé*, décembre 2007. Notamment, les expérimentations menées en matière de coopérations dans le secteur ambulatoire ont permis de constater que la rémunération à l'acte constitue un frein majeur à l'évolution de la répartition des tâches.

⁶³ C. GENISSON ET A. MILON, « Ce principe étant posé, il apparaît indispensable de s'engager plus résolument dans la voie d'une diversification du mode de rémunération des professionnels de santé. Celle-ci devrait permettre d'accorder une juste reconnaissance financière au travail des équipes soignantes, qui ignore souvent les strictes frontières des actes reconnus par la nomenclature des actes professionnels. Une réflexion doit également être engagée sur les actes non actuellement identifiés en tant que tels dans la classification des actes médicaux, mais qui sont indispensables à la qualité des soins. Il peut s'agir, par exemple, de répondre aux questions d'un patient au téléphone entre deux rendez-vous ou encore d'effectuer les tâches administratives et managériales nécessaires au bon fonctionnement d'une équipe de professionnels. En tout état de cause, toute évolution devra nécessairement passer par une négociation interprofessionnelle sous l'égide du ministère de la santé », préc. p.41.

⁶⁴ Les ENMR ont vocation à concerner d'abord les soins de premier recours et l'exercice regroupé des professionnels sous toutes ses formes. L'objectif est de financer des missions de coordination, comme le management de la structure, ou encore le temps de concertation interprofessionnelle. Autres tâches financées par les ENMR : des prises en charge innovantes en médecine de ville, pour la prise en charge de patients atteints de polyopathologies, via, notamment, le financement de l'éducation thérapeutique. Enfin, l'ENMR finance des délégations d'actes, entre médecins et paramédicaux.

⁶⁵ « La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a permis d'ouvrir une négociation conventionnelle interprofessionnelle sur le sujet de la rémunération des équipes de soins. Ces rémunérations ne seront versées qu'en contrepartie de services tangibles réalisés par les équipes (prévention, éducation thérapeutiques), d'atteinte d'objectifs de santé publique ou bien d'engagements vers les patients : élargissement des plages horaires, prise en charge de soins non programmés dans la journée, accueil continu des patients... Elles seront versées de manière forfaitaire à des équipes qui pourront ainsi financer les moyens nécessaires à la réalisation de ces services : équipements (notamment informatiques), secrétariats ou temps de coordination. Ces engagements seront formalisés à travers la signature entre les équipes de professionnels d'une part, les caisses primaires d'assurance maladie et les ARS d'autre part », Cf dossier de presse.

⁶⁶ Cf <http://www.ars.sante.fr/Le-financement.154445.0.html>.

⁶⁷ HAS, *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques*, octobre 2007.

nécessaire pour tous les dispositifs d'exercice coordonné⁶⁸, centres ou maisons de santé, dans le cadre des délégations comme des protocoles de coopération, dans l'exercice des métiers socles comme en pratique avancée.

b) Plus encore, la réflexion porte désormais sur le principe même de la répartition de compétences en santé et principalement sur les décrets d'actes définissant les périmètres d'exercice des métiers paramédicaux. Lors des XIèmes Assises nationales hospitalo-universitaires, à propos des nouveaux métiers et des enjeux juridiques, il avait été proposé de supprimer purement et simplement les décrets d'actes des professions paramédicales « en privilégiant la notion de mission, permettant un système de rémunération attractif »⁶⁹. Toutefois, actuellement, c'est le choix d'un « modèle mixte », similaire à celui qui gouverne les sages-femmes, qui se profile, système dans lequel les professions sont réglementées en fonction des missions confiées, tout en étant limitées par des références aux actes propres à chaque profession. La HAS notait en ce sens que dans un système essentiellement organisé autour des actes professionnels, il est possible d'admettre une autre modalité d'organisation sans pour autant bouleverser le système : l'organisation autour des missions. « Dans ce contexte, poursuit-elle, l'exemple des sages femmes est particulièrement intéressant du fait de la subtilité de son organisation, puisqu'il ne s'agit pas, lorsque le législateur organise les possibilités d'intervention des sages-femmes, de leur donner une liberté intégrale ; il s'agit plutôt de leur donner une importante marge d'initiative, mais uniquement dans le cadre de leur qualification, un médecin devant intervenir dès lors que l'on atteint les limites de cette dernière »⁷⁰.

Pour l'instant, le législateur ne s'est pas encore engagé sur cette voie qui aurait pu conduire, lors des débats récents, à réécrire l'article L. 4161-1 du Code de la santé publique, consacré à l'exercice illégal de la médecine, et à supprimer, dès lors que les professions ne se définiraient plus exclusivement à partir des décrets d'actes, toute référence à l'arrêté de 6 janvier 1962⁷¹.

Refondation du cadre juridique de définition des professions sur la base d'un référentiel de missions et non plus uniquement d'actes prédéterminés, rénovation de l'offre de formation, pour réduire le hiatus entre formation médicale et paramédicale... Quelles qu'en soient les voies, l'évolution des professions de santé devra s'articuler avec d'autres transformations structurelles du système de santé, celle de l'organisation des soins, notamment en ce qui concerne les soins primaires, comme celles, inéluctables, qu'imposent les avancées scientifiques et technologiques.

⁶⁸ Ibid.p.27 « De nombreux éléments structurants sont communs aux trois types d'exercices pluri professionnels que sont les maisons, les pôles et les centres de santé... Les éléments qui les différencient fondamentalement s'estompent. C'est notamment le cas des modalités de rémunération des professionnels évoluant vers des possibilités de paiement mixte: part forfaitaire et part liée à l'activité. Mais le mode actuel de financement des professionnels de santé de premier recours constitue une difficulté commune aux trois types d'exercice, en ne valorisant pas suffisamment ce qui fait la plus value même d'un exercice pluri professionnel quelle que soit sa forme. Les regroupements pluri professionnels quelle que soit leur forme, restent des modèles économiques fragiles ».

⁶⁹ J.-P.BERNARD, « Les différents aspects de la question : les enjeux juridiques », http://www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/anciens-articles/_new/XI_assises.htm.

⁷⁰ HAS, *Aspects juridiques*, rapport préc.p.49.

⁷¹ Fixant 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'analyses médicales non médecins.