



Rapport remis à

Monsieur Xavier Bertrand, *Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé*

Madame Valérie Pécresse, *Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche*

Madame Nora Berra, *Secrétaire d'État chargée de la Santé*

Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire

Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer

Présenté par

Laurent HENART

*Député de Meurthe
et Moselle*

Yvon BERLAND

*Professeur de médecine,
Président de l'Université Aix-
Marseille II*

Danielle CADET

*Coordonnatrice générale
des soins à l'AP-HP*

Rapporteurs généraux :

Bernard VERRIER et Elisabeth FERY-LEMONNIER

Conseillers généraux des établissements de santé

- Janvier 2011 -

Synthèse

Le monde de la santé fait face à des changements majeurs. Après avoir participé de façon remarquable au cours des trente dernières années à l'amélioration de la santé publique et accompagné les évolutions sociales et économiques de la population, on perçoit que son organisation actuelle pourrait se révéler moins performante face aux défis du futur, qui sont d'un ordre différent.

L'émergence des pathologies liées au vieillissement, avec en corollaire celles inhérentes à la dépendance, le développement des maladies chroniques et les enjeux de santé publique actuels, le cancer et la santé mentale entre autres, réclament que se développent de nouvelles prises en charge plus graduées et mieux coordonnées entre la ville et l'hôpital.

Les professionnels de santé sont inégalement répartis en termes géographiques et certains ont une démographie qui s'annonce inquiétante. Pourtant les besoins ne vont et n'iront pas en diminuant et la régulation devient un souci prégnant pour les pouvoirs publics.

Les membres de la mission ont choisi d'auditionner un très grand nombre de professionnels de toutes catégories, des employeurs, des représentants syndicaux et des associations de patients.

En outre des tables rondes ont été organisées sur les thèmes : personnes âgées, maladies chroniques, cancer, maladies mentales, chirurgie et imagerie.

Le rapport de la mission met en lumière les professions et les professionnels, leur environnement et propose des actions de mise en œuvre de nouveaux métiers qui prennent pleinement en compte les métiers existants.

Pour l'ensemble des membres de la mission, le plus important n'était pas de dresser un inventaire de nouveaux métiers possibles, mais de dessiner un cadre conceptuel et une méthode à même d'assurer à ces nouveaux intervenants une émergence durable et une valeur ajoutée certaine, une intégration efficace et harmonieuse au système de soins, et un accueil éclairé dans la population.

1. La santé en France : des professions et des professionnels soumis à un système rigide et cloisonné.

Soumises à une réglementation rigoureuse issue de l'art. L. 4161-1 du Code de la santé publique et du respect de l'intégrité du corps humain, auxquels seuls les médecins ont longtemps eu le droit de déroger, les professions de santé ne se sont pas développées en suivant un principe fluide d'offre et de demande. Leur construction selon un régime d'autorisation aboutissant à un système peu mobile par nature et cloisonné, propose des carrières souvent linéaires aux modes de rémunération rigides. Ceci explique à la fois une échelle de responsabilités concentrée et le foisonnement des situations particulières dérogatoires. La question se pose de l'évolution d'un tel système quand les défis de l'avenir réclament souplesse des métiers et adaptabilité des carrières.

Dans le cadre de son travail sur la réingénierie des diplômes délivrés par le ministère en charge de la santé, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS¹) définit la notion de « **métier** » comme suit : « Le métier est un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique. Le métier est situé dans une famille professionnelle et une seule. Une personne, à un moment donné de sa vie professionnelle, est positionnée sur un métier et un seul. Le métier est distinct : du poste, qui est lié

¹ Devenue direction générale de l'offre de soins (DGOS).

à la structure ou à l'organigramme ; du statut, qui ne dit rien des compétences ; de la qualification, même si celle-ci est requise et du diplôme ».

Le Code de la santé publique (CSP) fournit une typologie des **professions** de la santé, avec trois catégories :

- les professions médicales : les médecins, les sages-femmes et les odontologistes ;
- les professions de la pharmacie : les pharmaciens, les préparateurs en pharmacie ;
- les professions d'auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes, les diététiciens.

D'autres professionnels exercent dans le secteur de la santé et sont cités dans les parties législatives et/ou réglementaires du code de la santé publique :

- soit ils sont placés en relation avec le secteur et les professions dont ils dépendent : les techniciens en analyse biomédicale, les préparateurs en pharmacie hospitalière, les ambulanciers ;
- soit ils sont notés en relation avec les professions dont leur activité dépend : les aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques ;
- soit ils sont notifiés selon une logique de nature d'activités : les conseillers en génétique ;
- soit ils sont considérés comme ayant l'usage d'un titre et donc d'une activité, mais sans être qualifiés comme des professions de santé : les ostéopathes, les psychothérapeutes.

Certaines professions disposent d'un décret d'exercice codifié comportant une liste « d'actes », c'est le cas des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes, des orthoptistes, des manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Trois professions d'auxiliaires médicaux sont regroupées en « ordre » professionnel : masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues et infirmiers.

Le taux de croissance des effectifs est variable d'une profession à une autre. Il est important pour les professions paramédicales. Cela étant, ces évolutions cachent une répartition peu homogène des professions sur le territoire.

Les éléments de démographie disponibles pour différentes professions de santé révèlent une inégale répartition des professionnels sur le territoire avec souvent un gradient nord-sud assez marqué. Si les inégalités interrégionales ont eu tendance à se réduire, il n'en va pas de même de la répartition infrarégionale qui a sensiblement creusé les écarts de densité.

Les diplômes du secteur sanitaire possèdent des caractéristiques propres :

- un diplôme est en relation avec un métier donné et un seul ;
- les diplômes s'inscrivent dans le cadre législatif et réglementaire qui précise les règles d'autorisation d'exercice des professions concernées ;
- lorsque la profession est réglementée, il est nécessaire de posséder le diplôme pour exercer le métier (diplôme d'exercice) ;
- l'exercice des métiers paramédicaux s'effectue en dérogation à l'exercice illégal de la médecine, dans le cadre de décrets autorisant des actes et précisant le champ de responsabilité ;
- le diplôme est considéré comme une garantie que la personne possède les connaissances et les savoir-faire nécessaires pour répondre à l'exigence de qualité des soins, garante de la sécurité du patient.

Une des finalités des accords de Bologne signés en 1999 sur l'enseignement supérieur et la formation continue, dite réforme LMD (Licence, Master, Doctorat) est d'organiser l'harmonisation européenne des diplômes et de favoriser le rapprochement entre l'université, les grandes écoles et le monde professionnel. La réforme LMD permet d'harmoniser les maquettes pédagogiques selon un modèle unique et un découpage en modules avec l'acquisition de crédits, (ECTS²).

Le principe de la délivrance aux titulaires d'un diplôme d'Etat relevant du domaine de la santé, d'un **grade équivalent au titre universitaire**, comme pour d'autres formations (architectes,...), a été retenu pour plusieurs raisons :

- en France une même formation ne peut pas conduire à la délivrance de deux diplômes différents, ce qui serait par exemple le cas avec une licence d'infirmier et un diplôme d'Etat d'infirmier (diplôme d'exercice) ;
- les diplômes de licence et master sont des diplômes obtenus à partir d'un contenu de formation qui est sous la seule responsabilité des universités, dans le cadre de leur autonomie pédagogique ; or les formations des professions de santé doivent conserver un cadrage national, comme l'exigent les diplômes d'exercice des professions réglementées ;
- l'accès aux formations médicales et à certaines études paramédicales est soumis à un *numerus clausus* ou un quota.

Les conditions de formation initiale créent d'emblée une séparation entre les différentes professions de santé. Les formations proposées aux professions de santé sont marquées par un écart important en termes de durée (9 à 11 ans après le bac pour les médecins et 3 ans le plus souvent pour les auxiliaires médicaux) et de nature de l'enseignement dispensé (universitaire avec un cursus de recherche pour certaines professions, professionnel pour les auxiliaires médicaux et les sages-femmes sans possibilité d'évolution autre que managériale). Cette organisation singulière ne reconnaît que très partiellement le besoin en qualifications intermédiaires.

Le cadre légal d'exercice génère le cloisonnement. Dans le système de droit français, une intervention sur le corps humain, si elle entraîne un dommage, constitue, par principe, une « atteinte à l'intégrité physique des personnes » au sens du Code pénal. Elle est, à ce titre, punissable, la peine dépendant de la gravité de l'atteinte. Cela implique en particulier que seule la loi peut autoriser un professionnel de santé à intervenir sur le corps humain.

La profession médicale, qui est au cœur du système d'organisation des professions de santé, est définie sur le principe d'une exonération au principe de protection de l'intégrité corporelle. Cette exonération constitue le « monopole médical ». Les interventions des autres professionnels de santé sont, pour leur part, conçues comme des dérogations à ce monopole. Pour les autres professions médicales (sages-femmes et odontologistes), ces dérogations sont autorisées dans le cadre d'un modèle d'intervention fondé sur les missions qui leur sont imparties. Pour les auxiliaires médicaux elles sont autorisées dans le cadre des décrets d'actes. Ce cadre juridique définit en particulier les règles de la responsabilité des professionnels de santé.

Les modes de rémunération des professionnels de santé sont relativement rigides. L'organisation de l'offre de soins en France est fondée sur deux secteurs, la ville et l'hôpital, et deux modes d'exercice, l'activité libérale et l'activité salariée, obéissant à des règles de fonctionnement et de gestion très différentes.

2. Un environnement en mouvement

L'environnement des professions et des professionnels de santé est en mutation permanente et ces derniers s'y adaptent du mieux possible avec une constance remarquable. Les changements se sont accélérés dans la dernière décennie et les professionnels de santé sont aujourd'hui

² European Credit Transfert System : Système Européen d'Unités Capitalisables Transférables.

confrontés à des évolutions de fond d'une ampleur probablement inégalée. Les réformes institutionnelles, la réingénierie des formations, les nombreuses politiques de santé publique ont toutes pour objectif d'ajuster au mieux le système de santé aux besoins de la population ; les professionnels de santé se situent à l'épicentre de ces transformations. La question des nouveaux métiers en santé est en réflexion et en débats depuis plusieurs années. Elle doit être maintenant tranchée. La présentation de quelques exemples étrangers démontre, s'il en était besoin, que notre pays a pris un certain retard sur la question.

Le contexte est celui d'une relative inégalité persistante d'accès aux soins pour la population, en particulier pour les soins de premier recours. La tension sur la démographie des médecins mais aussi la tendance, qui se confirme, d'une diminution « du temps médical » se conjuguent avec les fortes évolutions des besoins en santé et des demandes de nos concitoyens.

La population augmente et vieillit. A cet égard, le processus du vieillissement présente un double aspect : quantitatif - le nombre de personnes âgées s'accroît considérablement - et qualitatif – la durée de vie des personnes âgées s'allonge³. L'impact croissant des pathologies chroniques - certaines d'entre elles telles que le cancer ou les pathologies cardio-neuro-vasculaires, qui n'entraient pas dans cette catégorie, se sont chronicisées en lien avec les progrès de la médecine – et le développement du secteur ambulatoire (diminution de la durée des séjours hospitaliers) façonnent différemment les besoins de santé. Le parcours de soins se complexifie, devant prendre en compte à la fois l'hyper technicité, la nécessaire globalité et le continuum de la prise en charge des personnes.

Les évolutions de la société agissent également sur l'organisation des soins et l'environnement des professions de santé. Nos concitoyens veulent être bien soignés et bien pris en charge quel que soit l'endroit où ils résident. L'augmentation des dépenses de santé pose la question de leur solvabilisation. Les différentes formes de précarité renvoient aux problématiques de refus de soins, de nonaccès aux soins et interfèrent sur les modes et conditions d'exercice des professionnels de santé, sur leur inter relation et la configuration de leurs métiers.

Par ailleurs, un champ nouveau, dont la portée est peut-être encore mal cernée, se développe aux côtés de la médecine telle que nous la connaissons depuis plusieurs décennies. Les avancées techniques (techniques médicales et techniques de la communication, télé médecine, télé santé) et technologiques, par exemple dans le domaine de la génétique, impactent l'exercice médical et la relation médecin/patient. De surcroît, la médecine classique, encore largement curative, va de plus en plus intégrer, sous la pression de l'évolution des sociétés, la dimension « médecine des bien portants ». La demande sociale, consistant à se prémunir de la maladie, se renforce. Les notions d'indicateurs potentiels de maladie, de susceptibilité ou probabilité de développer une maladie, d'entretien de la santé voire du vivre mieux, vont conduire à une forte évolution culturelle de la médecine, du métier de médecin et des métiers de la santé.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), comporte de nombreuses dispositions ayant une influence sur les professions de santé. En particulier, elle pose les bases de l'éducation thérapeutique du patient (et conduit donc à s'interroger sur les moyens humains et les organisations nécessaires pour y répondre efficacement), elle vise à faire évoluer les modalités d'exercice et de rémunération et rénove le cadre des coopérations entre les professionnels de santé. L'article 51 de la loi HPST agit sur les missions des professionnels de santé, modifie le partage des rôles et les modalités d'exercice. Les incidences de cet article sont fortes sur les ressources humaines en santé. Dès lors que les tâches sont réparties autrement, les contours des métiers sont appelés à être confirmés ou à évoluer, des métiers nouveaux, notamment à l'interface des métiers médicaux et paramédicaux, vont apparaître à partir de compétences élargies et les formations et qualifications doivent être revisitées.

³ Avis du Conseil Economique et Social, réuni en assemblée plénière les 25 et 26 septembre 2007 sur : « L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins »

Deux inflexions importantes sont récemment intervenues ou en cours dans le domaine de la formation des professionnels paramédicaux : le transfert aux régions du financement des formations initiales et l'inscription des diplômes dans le processus LMD.

L'interaction des deux réformes amène à quelques interrogations, complémentaires mais de nature différente. D'une part, en dépit de réels aspects positifs, il n'est pas certain que l'ajout d'un interlocuteur supplémentaire, de surcroît composé de 26 régions autonomes dans leurs décisions, éclaire le champ des formations avec l'instauration de compétences croisées entre plusieurs décideurs. Le phénomène est aggravé par l'arrivée des universités (dorénavant autonomes) et du ministère de l'enseignement supérieur, dans le paysage, du fait de l'inscription des diplômes paramédicaux dans le processus LMD. D'autre part, l'extension programmée du dispositif LMD à l'ensemble des diplômes paramédicaux ne va pas sans susciter des difficultés d'ordre technique mais aussi culturel. La démarche LMD implique une réingénierie en profondeur des formations paramédicales selon un schéma global et cohérent en termes de calendrier, de contenu et de niveaux de qualification. Faute certainement d'une clarification de leurs rôles respectifs et d'un véritable travail en commun sur la question, les deux ministères (Santé et Enseignement Supérieur) peinent à faire connaître une ligne visible à l'ensemble des acteurs concernés. En tout état de cause, le monde de la santé doit mieux appréhender les exigences pour l'obtention d'un label universitaire et, de son côté, le monde universitaire doit mieux apprécier les spécificités qui s'attachent à la formation des professions de santé.

Par ailleurs la coopération entre professionnels de santé est une préoccupation assez récente en France, une dizaine d'années, mais répond à une volonté de progression constante de la part des pouvoirs publics et de nombre d'acteurs de la santé. Les garanties juridiques et techniques sont posées par la loi HPST et les textes d'application :

- protocoles validés par la HAS (sur avis conforme)
- circonscription précise dans les protocoles de l'objet et de la nature de la coopération (disciplines ou pathologies) ainsi que du lieu et du champ d'intervention
- intervention d'un arrêté du directeur de l'ARS
- vérification de la réponse à des besoins de santé et traçabilité des coopérations
- information obligatoire du patient

Des organisations reposant sur les coopérations entre professionnels de santé ont vu le jour dans de nombreux pays et pour certains depuis les années 60. Elles ont pour la plupart des objectifs communs d'amélioration de l'accès aux soins dans un contexte de démographie médicale en tension mais aussi de rationalisation du système de soins et de recherche de gains de productivité.

3. Les propositions de la mission. Les nouveaux métiers en santé : une stratégie et un plan d'action

L'organisation et les principales caractéristiques des ressources humaines en santé doivent évoluer pour s'adapter à l'environnement changeant du système de santé et mieux répondre aux besoins de santé de la population, dans un contexte de finances publiques contraintes. 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. Autant la création de métiers en santé de niveau intermédiaire paraît impérieuse, autant les conditions de leur genèse et de leur instauration doivent être rigoureuses. En santé comme ailleurs, l'offre (de métiers) crée et module la demande (en santé) alors que doit prévaloir le phénomène inverse. Une clarification s'impose dont les enjeux sont considérables. Il s'agit en particulier :

- d'éviter de reproduire, avec les nouveaux métiers en santé, les travers unanimement constatés avec le métier de médecin dont certaines activités ne correspondent pas à une formation de niveau bac + 9 ou bac +11 ;

- d'écarter le risque de prolifération des métiers de la santé et de complexifier un peu plus un paysage qui l'est déjà ;
- de ne pas multiplier outre mesure les intervenants auprès du patient (y compris à domicile), à un moment où la fluidité de la prise en charge est plus que jamais nécessaire ;
- de s'inscrire dans une dynamique de complémentarité et non de concurrence entre les métiers.

Les nouveaux métiers en santé devront répondre à quelques critères simples mais impérieux.

Il paraît primordial que toute réflexion et toute proposition sur le sujet des nouveaux métiers en santé partent systématiquement de la réponse aux besoins de santé de la population. La mission se fonde, pour ses travaux, sur la définition de la santé retenue par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ». Cette large acception de la santé, qui est aujourd'hui celle de nos concitoyens, renvoie à la notion de réponse globale aux besoins du patient, aux liens étroits entre les dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale de la prise en charge, aux soins et actes aussi bien curatifs que préventifs, ces derniers étant encore insuffisamment développés dans notre pays. Elle renvoie également au champ de la médecine et des soins d'entretien de la santé, de la non-survenance d'une maladie.

La mission présente neuf propositions reposant sur quatre piliers :

- Une priorité : mettre en place une politique modernisée des ressources humaines en santé ;
- Une nouveauté : créer des professions de santé de niveau intermédiaire ;
- Une méthode : adopter un système rigoureux de validation ;
- Une nécessité : intégrer les formations à l'enseignement supérieur.

A) Une priorité : mettre en place une politique modernisée des ressources humaines en santé

Proposition n° 1. Imposer la démarche métier. Les professions de santé restent encore marquées par des lignes de force récurrentes 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. La question centrale est celle de la nature des besoins de la population et des différentes manières d'y répondre. A l'enchaînement diplôme → métier, la mission propose de substituer systématiquement le suivant : besoin → activités → compétences → métier → formation → diplôme. Bien que schématique et donc forcément réductrice, cette présentation témoigne de la nécessité d'inverser le paradigme en cours s'agissant de l'utilisation du levier des métiers. La démarche métier consiste à penser le métier à partir 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.

Proposition n° 2. Conforter et développer les métiers socles. La mission entend par métiers socles les métiers aujourd'hui existants, auxquels s'attache, sauf exception, un diplôme ou certificat. Partant du principe qu'il ne servirait à rien et qu'il pourrait même s'avérer contre-productif d'envisager la création de nouveaux métiers sans une remise en ordre dynamique des métiers existants, la mission appelle à une réflexion globale, portée en 2011 par le ministre de la Santé, sur les professions de santé actuelles, réunissant l'ensemble des parties prenantes, sous l'égide de la direction générale de l'offre de soins. Ce pré-requis consiste à stabiliser d'abord les métiers socles, à en faire évoluer les contours et l'envergure et si nécessaire les niveaux de formation, bref à en tirer tout le potentiel au regard des nouveaux besoins en santé. La réflexion doit être pluri disciplinaire et intégrer l'ensemble des métiers engagés dans les prises en charge concernées. Il faut éviter une analyse isolée de chacun des métiers. La mise à jour d'un métier existant et même une certaine évolution de son portefeuille de compétences et de son champ

d'action ne sauraient constituer pour la mission un critère unique et suffisant de création d'un nouveau métier. S'il semble nécessaire que certains professionnels paramédicaux accèdent à un niveau universitaire plus élevé que la licence, il ne paraît pas justifié d'élever systématiquement l'ensemble des diplômes actuels au niveau du master. En effet, l'évolution des professions paramédicales ne peut s'envisager qu'au regard de la réponse aux besoins de santé de la population, et non l'inverse, et les formations doivent être pensées à partir de l'envergure du champ et des modalités d'exercice professionnels.

B) Une nouveauté : créer des professions de santé de niveau intermédiaire

Proposition n° 3. Cerner le champ des nouveaux métiers en santé. Pour la mission, les nouveaux métiers en santé se spécifient 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 identifiée. L'espace des nouveaux métiers en santé comprend deux grands champs : les professions de santé stricto sensu et les professions au service de la santé. Il recouvre soit quelques grands domaines de santé (premier recours, vieillissement et personnes âgées, maladies chroniques, cancer) soit d'autres secteurs plus ciblés : certaines spécialités ou filières médicales (vision, audition, soins dentaires etc.), chirurgie, imagerie... Les nouveaux métiers ont pour point de clivage entre eux l'existence ou non d'un contenu de soin. La mission s'intéressera plus particulièrement aux premiers (métiers du soin) mais ne pouvait ignorer la nécessaire émergence de professionnels hautement qualifiés au service de la santé.

Confrontée à un espace de déploiement potentiellement assez vaste, y compris dans le champ du soin, et en l'absence d'analyses médico-économiques complètes sur le sujet, la mission fait le choix d'une double délimitation – champs d'activité et activités elles-mêmes - du périmètre des nouveaux métiers en santé.

Le contexte le plus approprié pour un déploiement rapide des premiers nouveaux métiers paraît ainsi mieux cerné. C'est d'une part celui des domaines de santé prioritaires relevés par la mission et qui se sont également dégagés lors des auditions et tables rondes : premier recours, maladies chroniques, cancer, vieillissement et personnes âgées. C'est d'autre part celui d'un mode d'intervention du nouveau professionnel en seconde intention, c'est à dire en relais du médecin.

Les futurs nouveaux métiers en santé doivent obéir à quelques principes incontournables :

- ils sont construits à partir des métiers paramédicaux d'aujourd'hui ;
- ils ne sont pas redondants avec un métier existant ;
- ils correspondent à un mode d'exercice professionnel et des responsabilités identifiées ;
- ils ont vocation à constituer à terme des professions médicales à compétence définie.

Proposition n° 4. Valoriser les parcours professionnels. La mission ne mésestime pas les difficultés inhérentes à la mise en place de nouveaux métiers dont il faudra légitimer la place par rapport aux métiers existants et qui ne devront pas se substituer à ceux-ci mais véritablement représenter un chaînon manquant aujourd'hui dans la gradation de la prise en charge des patients. Il convient de raisonner en termes de parcours professionnels et d'évolution de carrières. Ceux des professions paramédicales doivent pouvoir se concevoir dans le soin et non se limiter comme c'est le cas actuellement à la gestion ou à l'encadrement. Un double bénéfice en est attendu : une meilleure attractivité pour les filières et une fidélisation pour leurs métiers. Le nouveau métier, dès lors qu'il implique des compétences très élargies dans un champ donné d'activité et une qualification nettement supérieure, valorise l'ensemble de la filière. La question du mode de rémunération de ces nouveaux métiers est, bien évidemment, un enjeu majeur. Cette rémunération doit être, sur le fond, principalement liée aux responsabilités supplémentaires, conséquences des compétences accrues.

C) Une méthode : adopter un système rigoureux de validation

Proposition n° 5. Lancer des programmes nationaux. La mission considère comme pertinent le dispositif d'initiatives locales de coopération entre professionnels de santé prévu par l'article 51 de la loi HPST. Elle estime toutefois que ce dispositif doit être affermi et accéléré par la mise en place de programmes nationaux permettant de mieux explorer le champ possible des métiers en santé de niveau intermédiaire, les conditions de leur implantation, d'évaluation et de capitalisation des nouveaux modes d'exercice. L'esprit et la lettre de l'article 51 doivent être préservés (ancrage de terrain, initiatives de coopération décidées par les professionnels de santé) mais son champ consolidé si l'on veut promouvoir une dynamique forte autour des métiers intermédiaires en santé. La mission propose que soient mis en place des groupes de travail chargés de lancer, sous l'égide du ministère de la santé (DGOS), de la Haute autorité de santé (HAS) et des agences régionales de santé (ARS) (comité national de pilotage), des programmes nationaux s'appuyant sur des protocoles, ciblés sur quelques grands domaines prioritaires de santé et permettant de valider sur le terrain (en libéral, en ambulatoire, en établissement) la pertinence de nouveaux métiers en santé et de nouveaux modes d'exercice. En matière de modes d'exercice professionnel, un tel processus renvoie à l'instauration d'un système dual fondé sur la coexistence des décrets d'actes et de mécanismes permettant d'y déroger, garantis juridiquement par l'art. 51.

Proposition n° 6. Encadrer le processus. Les interlocuteurs rencontrés ont, en très grande majorité, appelé l'attention de la mission, qui partage leur souhait, sur la nécessité d'encadrer au mieux les processus d'émergence des nouveaux métiers sans pour autant en brider l'épanouissement. La mise en place et l'évaluation régulière de protocoles nationaux s'inscrivant dans l'article 51, devraient être de nature à concilier sécurité et souplesse pour la maîtrise du processus. Une régulation du parcours de soin (de prise en charge) est indispensable, sous peine de l'apparition d'effets pervers. En second lieu, la question de la responsabilité médicale au sein de l'équipe organisée en coopération doit être traitée.

Proposition n° 7. Adopter une démarche pragmatique et une méthode participative. L'objectif est ici de concilier l'effectivité de la mise en place des nouveaux métiers en santé, l'acceptabilité de cette nouveauté par les différents acteurs et la soutenabilité au regard des finances publiques.

D) Une nécessité : intégrer les formations à l'enseignement supérieur

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. Les métiers de niveau intermédiaire auront vocation à répondre à un besoin clairement identifié, dans le cadre d'une restructuration de l'offre de soins où chaque acteur de santé aura à intervenir sur son cœur de métier à son juste niveau de compétences et de formation. Ces métiers émergeront des métiers socles à partir de connaissances et compétences obtenues par un diplôme de niveau master (M2) en combinant la valorisation des acquis et de l'expérience (VAE) et la formation universitaire professionnalisante. Ce diplôme de niveau master aura vocation à constituer un diplôme d'exercice dès lors que le programme de formation et le référentiel d'activités auront été validés par le ministère de la santé.

Proposition n° 9. Pour simplifier le dispositif actuel des compétences croisées et mieux ancrer les formations paramédicales dans le champ universitaire, il faut **redonner compétence à l'Etat sur l'ensemble des questions de formation des professions paramédicales de niveau licence**. La mission considère que, malgré des aspects positifs déjà soulignés, le système de compétences croisées (programmes et certifications pour l'Etat, financement des formations initiales pour la Région) n'est pas, six ans après sa création, le plus efficace pour la mise en place d'une démarche cohérente et pertinente de métiers en santé de niveau intermédiaire. Outre son

manque de lisibilité pour certains acteurs, l'organisation actuelle ignore les réformes de fond intervenues depuis 2004 dans le secteur de la santé, dont il convient au contraire de tirer toutes les conséquences.

LES PROPOSITIONS DE LA MISSION

UNE PRIORITE : METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE MODERNISEE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE

Proposition n° 1 : Imposer la démarche métier

Pour poser les bases d'une approche modernisée des ressources humaines en santé ; pour répondre aux besoins de santé par les métiers en inversant le paradigme en cours aujourd'hui ; pour professionnaliser la fonction « ressources humaines » à tous les échelons : ministère, ARS, établissements, équipes.

Proposition n°2 : Conforter et développer les métiers socles

Un préalable avant toute création de nouveaux métiers

UNE NOUVEAUTE : CREER DES PROFESSIONS DE SANTE DE NIVEAU INTERMEDIAIRE

Proposition n°3 : Cerner le champ des nouveaux métiers en santé

Les futurs nouveaux métiers en santé doivent obéir à quelques principes incontournables :

- ils sont construits à partir des métiers paramédicaux d'aujourd'hui ;
- ils ne sont pas redondants avec un métier existant ;
- ils correspondent à un mode d'exercice professionnel et des responsabilités identifiées;
- ils ont vocation à constituer à terme des professions médicales à compétence définie.

Proposition n°4 : Valoriser les parcours professionnels

Pour créer des filières cohérentes et mettre les rémunérations au niveau des responsabilités exercées et pour proposer des carrières attractives au sein d'un système de santé plus souple, plus dynamique et plus performant.

UNE METHODE : ADOPTER UN SYSTEME RIGOUREUX DE VALIDATION

Proposition n° 5 : Lancer des programmes nationaux

Pour évaluer les nouveaux métiers en santé, dans le cadre de coopérations entre professionnels de santé avant de les référencer comme profession médicale à compétence définie.

Proposition n° 6 : Encadrer le processus

Encadrer le processus de création des nouveaux métiers afin que leur champ, leurs finalités, leurs conditions d'exercice et leurs responsabilités répondent à des besoins identifiés.

Proposition n° 7 : Adopter une démarche pragmatique et une méthode participative

Pour concilier, en fonction des besoins, l'effectivité de la mise en place des nouveaux métiers en santé, l'acceptabilité de cette nouveauté et la soutenabilité au regard des finances publiques.

UNE NECESSITE : INTEGRER LES FORMATIONS A L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Proposition n° 8 : Mettre en place des filières universitaires

Pour bien positionner dans le système LMD les métiers socles et les futurs métiers en santé de niveau intermédiaire et garantir des carrières évolutives, lisibles et autonomes.

Proposition n° 9 : Redonner compétence à l'Etat sur l'ensemble des questions de formation aux professions paramédicales de niveau licence

Pour simplifier le dispositif actuel des compétences croisées et ancrer les formations paramédicales dans un champ universitaire national, clair et reconnu par tous les acteurs.

Sommaire

Introduction	17
1 ^{ère} PARTIE La santé en France : des professions et des professionnels soumis à un système rigide et cloisonné	19
1. LES PROFESSIONS ET METIERS DE LA SANTE.....	19
1.1. <i>La notion de profession et de métier</i>	19
1.2. <i>Les différentes professions et métiers de la santé</i>	19
1.3. <i>La démographie et les évolutions projetées</i>	21
2. LES FORMATIONS ET QUALIFICATIONS	22
2.1. <i>La formation des professions médicales et de pharmacie</i>	22
2.1.1. Les médecins.....	22
2.1.2. Les odontologistes	22
2.1.3. Les sages-femmes	22
2.1.4. Les pharmaciens	23
2.2. <i>La formation initiale des auxiliaires médicaux</i>	23
2.2.1. Les diplômes paramédicaux.....	23
2.2.2. La définition du diplôme.....	24
2.2.3. Les tutelles des diplômes	24
2.2.4. L'enregistrement des diplômes.....	24
2.2.5. L'accès à la formation.....	26
2.2.6. Les contenus de formation.....	26
2.2.7. Les coûts de formation.....	26
2.3. <i>Les formations complémentaires des auxiliaires médicaux</i>	26
2.3.1. La formation des paramédicaux à l'encadrement et à l'enseignement	26
2.3.2. La formation aux spécialisations	27
2.4. <i>Le système Licence Master Doctorat (LMD)</i>	27
3. LES MODES D'EXERCICE ET DE REMUNERATION.....	29
3.1. <i>Les conditions de formation initiale créent d'emblée une séparation entre les différentes professions de santé</i>	29
3.2. <i>Le cadre légal d'exercice génère le cloisonnement</i>	30
3.3. <i>Les modes de rémunération des professionnels de santé sont relativement rigides</i>	30
2 ^{ème} PARTIE Un environnement en mouvement.....	33
1. DES ATTENTES FORTES ET DES BESOINS A SATISFAIRE	33
2. UN ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL REFORME	34
2.1. <i>De nouvelles dispositions législatives</i>	34
2.2. <i>La formation des paramédicaux</i>	35
2.3. <i>Un long cheminement vers les coopérations entre professionnels de santé</i>	36
3. DES EXPERIENCES ETRANGERES DE MONTEE EN COMPETENCE INFIRMIERE ET D'EVOLUTION DE LEUR ROLE DANS LE SYSTEME DE SOINS	39

3 ^{ème} PARTIE Les propositions de la mission. Les nouveaux métiers en santé : une stratégie et un plan d'action	43
1. UNE PRIORITE : METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE MODERNISEE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE	44
2. UNE NOUVEAUTE : CREER DES PROFESSIONS DE SANTE DE NIVEAU INTERMEDIAIRE.....	47
3. UNE METHODE : ADOPTER UN SYSTEME RIGOREUX DE VALIDATION.....	51
4. UNE NECESSITE : INTEGRER LES FORMATIONS A L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR.....	56
Lettre de mission	Error! Bookmark not defined.
Liste des personnes rencontrées	Error! Bookmark not defined.
Annexe 1 : Eléments de démographie	Error! Bookmark not defined.
Annexe 2 : Quelques exemples étrangers de pratiques avancées	Error! Bookmark not defined.
Annexe 3 : Les champs et nouveaux métiers proposés par les participants aux auditions et tables rondes menées par la mission	83
Sigles utilisés	Error! Bookmark not defined.

Introduction

Le monde de la santé fait face à des changements majeurs. Après avoir accompagné de façon remarquable au cours des trente dernières années l'amélioration de la santé publique comme les évolutions sociales et économiques de la population, on perçoit que son organisation actuelle pourrait se révéler moins performante face aux défis du futur, qui sont d'un ordre différent.

Le système de santé en France, très envié par bon nombre d'autres pays, est sans doute aujourd'hui à un carrefour d'évolutions dynamiques. Les besoins de la population, le coût de la santé par habitant et la démographie des professionnels constituent les facteurs principaux des changements à venir.

L'émergence des pathologies liées au vieillissement, avec en corollaire celles inhérentes à la dépendance, le développement des maladies chroniques et les enjeux de santé publique actuels, le cancer et la santé mentale entre autres, réclament que se développent de nouvelles prises en charge plus graduées et mieux coordonnées entre la ville et l'hôpital.

Les coûts de santé, en rapport avec le développement des technologies et l'offre conséquente de soins, à l'hôpital notamment, pourraient sans doute connaître une moindre ascension en modifiant les modes d'accès. Le « tout curatif » et la suprématie médicale doivent nous inciter à penser aussi prévention, niveau du premier recours et coordination du médical, du paramédical et du social.

Les professionnels de santé sont inégalement répartis en termes géographiques, et pour certains, ont une démographie qui s'annonce inquiétante. Pourtant les besoins ne vont et n'iront pas en diminuant et la régulation devient un souci prégnant pour les pouvoirs publics.

Les métiers de la santé se caractérisent en France par une bipolarité entre les métiers médicaux d'une part et les métiers paramédicaux d'autre part. Longtemps auxiliaires des premiers, les seconds ont conquis, face aux besoins, des champs d'actions distincts et, même si le travail en équipe a du sens, les pratiques sont peu à peu devenues parallèles. La loi Hôpital Patient Santé Territoires (HPST) a d'ailleurs donné un cadre aux partages de savoir-faire entre professionnels de santé. Les coopérations sont définies essentiellement à partir de la pratique et de l'expérience. Aller au-delà pose la question de la formation des professions paramédicales. L'intégration de leur formation dans le système LMD ouvre à ces professionnels l'opportunité d'acquérir des compétences et des responsabilités nouvelles dans le champ de leur univers.

Donner le grade de licence engage, de fait, la possibilité de Master et Doctorat, et par conséquent un développement possible de carrières. L'universitarisation des métiers favorise en premier lieu l'interdisciplinarité, l'intégration de nouveaux savoirs de pratiques avancées servira la science médicale et le service qu'elle rend. Gageons que nous verrons dans la prise en charge complexe de patients, des médecins centrés sur le cœur de leur métier et d'autres professionnels accompagner ces mêmes patients dans des parcours fluides et coordonnés.

C'est pourquoi les membres de la mission ont choisi d'auditionner le plus grand nombre possible de professionnels de toutes catégories, des employeurs, des représentants syndicaux, des associations de patients et des étudiants. En outre des tables rondes ont été organisées sur les thèmes : personnes âgées, maladies chroniques, cancer, maladies mentales, chirurgie, imagerie. Tous les acteurs dans ces domaines se sont exprimés, les échanges interprofessionnels ont alimenté fortement la réflexion.

Optimiser l'offre de soins en proposant des actions innovantes et créatives, susceptibles d'exercer une influence sur la prise en charge des malades, sur l'organisation du système de santé et sur les professions elles-mêmes, tels sont les axes fixés par ce travail.

Toutes les propositions de la mission ont pour essence même l'optimisation de l'offre de soins, la qualité en réponse à la demande de soins et l'attractivité des métiers de santé par une offre de formation plus étendue, un développement des filières existantes et une définition plus efficace des missions de chacun.

Le rapport de la mission met en lumière les professions et les professionnels, l'environnement et propose des actions de mise en œuvre de nouveaux métiers qui prennent pleinement en compte les métiers existants. Pour les membres de la mission, le plus important n'était pas de dresser un inventaire de nouveaux métiers possibles, mais de dessiner un cadre conceptuel et une méthode à même d'assurer à ces nouveaux intervenants une émergence durable et une valeur ajoutée certaine, une intégration efficace et harmonieuse au système de soins, et un accueil éclairé dans la population ; à ce titre,

- **une priorité** se dégage, celle de définir une politique de ressources humaines moderne ;
- **la nouveauté** résidera dans l'émergence de métiers en santé de niveau intermédiaire ;
- **la méthode** de mise en œuvre peut s'envisager par un plan national à partir des besoins de santé publique ;
- enfin, **la nécessité** de l'universitarisation engagera un partenariat concerté entre le ministère de la Santé et celui de l'Enseignement supérieur ainsi qu'avec les opérateurs de formation, notamment les universités.

Nombreux sont les indicateurs (accès aux soins, répartition des professionnels, répartition des prises en charges par exemple) qui traduisent un essoufflement de notre actuel système et engagent à une action sans délai pour prévenir la limite qu'il trouvera bientôt.

1^{ère} PARTIE

La santé en France : des professions et des professionnels soumis à un système rigide et cloisonné

Soumises à une réglementation rigoureuse issue de l'art L 4161-1 du code de la santé publique et du respect de l'intégrité du corps humain, auxquels seuls les médecins ont longtemps eu le droit de déroger, les professions de santé ne se sont pas développées en suivant un principe fluide d'offre et de demande. Leur construction selon un régime d'autorisation aboutissant à un système peu mobile par nature et cloisonné, propose des carrières souvent linéaires aux modes de rémunération rigides. Ceci explique à la fois une échelle de responsabilités extrêmement concentrée et le foisonnement des situations particulières dérogatoires. L'offre de formation, parcellisée et rigide, aux tutelles multiples, manquant d'attractivité, soumise à numerus clausus, davantage tournée vers le statut que vers le service, résiste depuis dix ans à son intégration dans le système LMD. La question se pose de l'évolution d'un tel système quand les défis de l'avenir réclament souplesse des métiers et adaptabilité des carrières.

1. LES PROFESSIONS ET METIERS DE LA SANTE

1.1. *La notion de profession et de métier*

Dans le cadre de son travail sur la réingénierie des diplômes délivrés par le ministère en charge de la santé, la DHOS définit la notion de « **métier** » comme suit {DHOS⁴ 2005} : « Le métier est un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique. Le métier est situé dans une famille professionnelle et une seule. Une personne, à un moment donné de sa vie professionnelle, est positionnée sur un métier et un seul.

Dans un même métier, les salariés peuvent changer d'emploi (à niveau égal de compétences), de poste, de structure, d'employeur, avec un temps d'adaptation et de formation relativement court. A contrario, changer de métier nécessite un temps d'apprentissage beaucoup plus long.

Le métier est défini d'abord par des activités professionnelles. La description des activités d'un métier est indispensable pour pouvoir en inférer les compétences.

Le métier est distinct : du poste, qui est lié à la structure ou à l'organigramme ; du statut, qui ne dit rien des compétences ; de la qualification, même si celle-ci est requise et du diplôme ».

1.2. *Les différentes professions et métiers de la santé*⁵

Le Code de la Santé Publique (CSP) fournit une typologie des **professions** de la santé, avec trois catégories :

- les professions médicales : les médecins, les sages-femmes et les odontologistes ;
- les professions de la pharmacie : les pharmaciens, les préparateurs en pharmacie ;

⁴ Devenue direction générale de l'offre de soins (DGOS)

⁵ Rapport « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », 2008, présenté par le Professeur Yvon Berland ; rapporteur Marie-Ange Coudray.

- les professions d'auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes, les diététiciens.

D'autres professionnels exercent dans le secteur de la santé et sont cités dans les parties législatives et/ou réglementaires du code de la santé publique :

- soit ils sont placés en relation avec le secteur et les professions dont ils dépendent : les techniciens en analyse biomédicale, les préparateurs en pharmacie hospitalière, les ambulanciers ;
- soit ils sont notés en relation avec les professions dont leur activité dépend : les aides soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques ;
- soit ils sont notifiés selon une logique de nature d'activités : les conseillers en génétique ;
- soit ils sont considérés comme ayant l'usage d'un titre et donc d'une activité, mais sans être qualifiés comme des professions de santé : les ostéopathes, les psychothérapeutes.

Certaines professions disposent d'un décret d'exercice codifié comportant une liste « d'actes », c'est le cas des infirmiers, des masseurs kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes, des orthoptistes, des manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Une ordonnance de 2005 fixe les conditions de l'exercice illégal des professions et la répression pour l'usage des titres. La circulaire explicative de la DHOS rappelle les conditions permettant l'exercice d'une profession de santé :

- possession d'un diplôme, titre ou certificat précis ou autorisation d'exercice pour les ressortissants communautaires
- enregistrement du diplôme auprès des services de l'Etat (sauf pour les préparateurs en pharmacie et les techniciens de laboratoire).

Seule la profession d'infirmier reconnaît, en sus, trois spécialités qui sont inscrites dans le décret d'exercice des infirmiers et sous l'angle de la formation, mais ne font pas l'objet d'un titre spécifique dans le CSP : l'infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat (IBODE), l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE), la puéricultrice diplômée d'Etat.

Trois professions d'auxiliaires médicaux sont regroupées en « ordre » professionnel : masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues et infirmiers.

Les métiers de l'encadrement des soins (cadre de santé en service hospitalier, cadre supérieur de santé, directeur des soins) et de formateur en soins (cadre de santé dans un institut de formation) ne sont pas inscrits dans le code de la santé publique. Ils concernent l'ensemble des métiers définis comme auxiliaires médicaux, ainsi que les techniciens en analyse biomédicale et les préparateurs en pharmacie hospitalière.

Le taux de croissance des effectifs est variable d'une profession à une autre. Il est important pour les professions paramédicales. Cela étant, ces évolutions cachent une répartition peu homogène des professions sur le territoire.

Tableau 1 : Indicateurs démographiques sur la profession de médecin (2000/2009)

Au 1er janvier 2009	effectifs	Taux de croissance 2000-2009	Taux de croissance annuel moyen	part des femmes (en %)	part des moins de 35 ans (en %)	part des 55 ans et plus (en %)
Médecins	209 143	7,8%	0,8%	39,7	7,2	36,7

Tableau 2 . Indicateurs et taux de croissance 1990-2010 et 2000-2010 des professions de santé règlementées.

	Effectifs au 01/01/2010	Part des femmes (%)	Age moyen	Taux de croissance 2010/1990	Taux de croissance annuel moyen 2010/1990	Taux de croissance 2010/2000	Taux de croissance annuel moyen 2010/2000
Chirurgiens-dentistes	40 930	38,1	48,4	8%	0,4%	1%	0,1%
Pharmaciens	74 059	65,5	47.2	38%	1,6%	27%	2,4%
Sages-femmes	19 208	98,2	42.2	79%	3,0%	34%	3,0%
Infirmiers	515 754	87,4	42.4	69%	2,7%	35%	3,0%
Masseurs-Kinésithérapeutes	68 923	47,5	42.6	80%	3,0%	32%	2,8%
Orthophonistes	19 247	96,2	42.9	92%	3,3%	43%	3,6%
Orthoptistes	3 232	91	40.0	124%	4,1%	51%	4,2%
Psychomotriciens	7 510	87,5	41.0	.	.	64%	5,1%
Pédicures-Podologues	11 299	67,3	41.2	.	.	29%	2,5%
Ergothérapeutes	7 214	86,6	37.7	.	.	86%	6,4%
Audio Prothésistes	2 352	44	41.9	.	.	79%	6,0%
Opticiens-Lunetiers	20 707	50,3	37.9	.	.	107%	7,5%
Manipulateurs ERM	28 112	72,5	43.5	.	.	30%	2,7%

Champ : France métropolitaine + DOM

Source : DREES. Répertoire Adeli

1.3. La démographie et les évolutions projetées

Nous disposons d'éléments de démographie pour différentes professions de santé (annexe 1) révélant une inégale répartition des professionnels sur le territoire avec souvent un gradient nord-sud assez marqué. Si les inégalités interrégionales ont eu tendance à se réduire, il n'en va pas de même de la répartition infrarégionale qui a sensiblement creusé les écarts de densité.

Des projections à partir de scénarios précis permettent d'avoir une idée des effectifs de ces quelques professions à échéance 2025-2030 et du risque de leur baisse. Ainsi, s'agissant des médecins, des tableaux, figurant en annexe 1 du rapport, ont été réalisés par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en vue d'observer l'évolution projetée des effectifs à échéance 2030. Les hypothèses de travail sont celles d'un numerus clausus à 7000 en 2006 puis constant et d'un départ à la retraite à 64 ans. Sur ces bases, les effectifs des médecins poursuivent leur baisse jusqu'en 2019-2020 (environ 207 000 médecins en 2006 pour environ 187 000 en 2019-2020) puis remontent à partir de 2020 (évolution projetée d'environ 205000 médecins en 2030).

2. LES FORMATIONS ET QUALIFICATIONS

2.1. *La formation des professions médicales et de pharmacie*

2.1.1. Les médecins

La formation des médecins se fait en 9 à 11 ans au cours de trois cycles d'études : un premier cycle de 2 ans, un deuxième cycle de 4 ans et un troisième cycle de 3 à 5 ans.

A partir de l'année universitaire 2010-2011, la formation en première année est commune aux professions de santé : « Première Année Commune aux Etudes de Santé » (PACES).

Une partie du programme est commune et une autre spécifique à chaque filière.

Quatre concours différents sanctionneront cette première année. Les étudiants pourront se présenter à tous ces concours ou à une partie d'entre eux. Comme cela était déjà le cas avant la PACES, quelques places seront réservées pour un accès aux études médicales aux professions paramédicales après deux ans d'exercice professionnel. Les étudiants présentant ce concours devront avoir une note égale ou supérieure à 10. Des candidats, justifiant notamment de certains grades, titres ou diplômes, peuvent être admis en deuxième année ou en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme⁶

En 2009-2010, le numerus clausus était de 7403, il est de 7400 en 2010-2011.

2.1.2. Les odontologistes

Les études d'odontologie durent de 6 à 8 ans. Le premier cycle est de 2 ans, le deuxième de 3 ans et le troisième cycle de 1 an pour la plupart des étudiants et de trois ans via l'internat pour quelques étudiants qui passent un concours national.

Le numerus clausus en 2010-2011 pour les études d'odontologie est fixé à 1154.

Le nombre d'internes admis au concours national en 2009-2010 était de 40.

2.1.3. Les sages-femmes

La formation des sages-femmes se déroule en 5 ans. La première année est commune à la première année de médecine, d'odontologie, de pharmacie dans le cadre de la PACES et se fait donc dans les universités.

Les candidats admis intègrent par la suite des écoles professionnelles, les écoles de formation de sages-femmes, avec deux phases qui durent deux années chacune. Ces études sont sanctionnées par un diplôme d'Etat, le diplôme d'Etat de sage-femme. Depuis la loi HPST, les écoles peuvent être intégrées à l'université. Le numerus clausus en 2010-2011 pour les études de sages-femmes est fixé à 1015.

⁶Diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, en chirurgie dentaire, de sage-femme, de docteur vétérinaire, ou titre d'ingénieur diplômé, ou élèves de l'une des écoles normales supérieures, ou enseignants-chercheurs de l'enseignement supérieur d'une unité de formation et de recherche de médecine, de pharmacie ou d'odontologie.

Textes N°35 et 36 du JORF n°0202 du 1er septembre 2010 – Arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme et arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

2.1.4. Les pharmaciens

Les études de pharmacie durent, pour la plupart des étudiants, 6 années avec trois cycles de 2 ans chacun, conduisant au métier de pharmacien d'officine ou au métier de pharmacien d'industrie.

Certains étudiants passent le concours de l'internat ; le troisième cycle dure alors 4 ans et conduit au diplôme d'études spécialisées, permettant notamment d'intégrer les métiers de la biologie.

La première année de pharmacie est à présent commune aux études de santé. Le numerus clausus en 2009-2010 est fixé à 3090.

Il existe 3 filières d'internat. Le nombre d'internes admis au concours national en 2010-2011 était de 522 (320 en pharmacie, 52 en innovation et recherche, 150 en biologie médicale)

2.2. *La formation initiale des auxiliaires médicaux*⁷

2.2.1. Les diplômes paramédicaux

Les diplômes paramédicaux relèvent des dispositions des articles L335-5 et 6 du Code de l'éducation. Ce sont des diplômes à finalité professionnelle, « post-bac », mais qui ne relèvent pas tous de l'enseignement supérieur. Cette spécificité française rend difficile les comparaisons européennes et l'application des accords de Bologne concernant les trois niveaux de formation en L.M.D. (licence, master, doctorat) pour l'enseignement supérieur (cf. infra 2.4.).

Les études durent presque toutes trois ans, mais ont été homologuées en niveau III (selon la classification interministérielle des qualifications professionnelles), ce qui correspond à un bac+2. Ceci étant, ce système est en évolution du fait de « l'universitarisation » prévue des professions paramédicales. Ainsi la promotion d'étudiants infirmiers ayant débuté le cursus au 1^{er} septembre 2009, et qui sortira en 2012, aura un diplôme qui se verra attribuer le grade de licence et donc une reconnaissance à bac +3.

Le diplôme possède quatre caractères juridiques essentiels :

- un caractère étatique : ne peut être un diplôme qu'une certification élaborée ou validée par les autorités publiques et délivrée par l'Etat ou en son nom ;
- un caractère personnel : les droits conférés par le diplôme à son titulaire sont extrapatrimoniaux et peuvent être analysés comme des droits de la personnalité ;
- un caractère intemporel : une fois délivré dans le respect des règles légales, le diplôme ne peut être retiré au récipiendaire et les droits qu'il lui confère sont imprescriptibles ;
- un caractère territorial : dans sa conception française, le diplôme possède un caractère national et confère les mêmes droits à tous ses titulaires.

Les diplômes du secteur sanitaire possèdent des caractéristiques propres :

- un diplôme est en relation avec un métier donné et un seul ;
- les diplômes s'inscrivent dans le cadre législatif et réglementaire qui précise les règles d'autorisation d'exercice des professions concernées ;
- lorsque la profession est réglementée, il est nécessaire de posséder le diplôme pour exercer le métier (diplôme d'exercice) ;
- l'exercice des métiers paramédicaux s'effectue en dérogation à l'exercice illégal de la médecine, dans le cadre de décrets autorisant des actes et précisant le champ de responsabilité ;

⁷ Rapport «La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », présenté par le Professeur Yvon Berland ; rapporteur Marie-Ange Coudray

- le diplôme est considéré comme une garantie que la personne possède les connaissances et les savoir-faire nécessaires pour répondre à l'exigence de qualité des soins, garante de la sécurité du patient.

2.2.2. La définition du diplôme

Le diplôme certifie que son titulaire possède les compétences (savoirs et savoir-faire) décrites dans le référentiel de certification, à un niveau d'exigence également défini. Il est élaboré et validé par les autorités publiques.

Le diplôme à finalité professionnelle porte sur des compétences professionnelles, définies en relation avec les activités professionnelles du métier ciblé.

Le diplôme professionnel est défini par le référentiel de certification qui comporte :

- un référentiel de compétences ;
- les critères d'évaluation de ces compétences permettant de définir le niveau d'exigence ;
- les modalités d'évaluation et de validation dans le cadre de la formation initiale et continue (modules complémentaires de formation suivis en lien avec une démarche VAE) ;
- les modalités d'évaluation et de validation dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience.

2.2.3. Les tutelles des diplômes

Deux ministères se partagent la tutelle des formations aux professions et métiers de la santé : le ministère chargé de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur (Tableau ci-dessous).

Parfois il existe une « cotutelle » dans le sens où les textes de formation sont cosignés par les deux ministères, ainsi :

- dans le cas des psychomotriciens, le diplôme d'Etat est délivré par le ministère de la santé, les textes de formation sont cosignés par la santé et l'enseignement supérieur et les structures sont situées dans les universités ;
- dans le cas des orthophonistes et des orthoptistes c'est l'inverse, le certificat ou le diplôme d'Etat est délivré par l'enseignement supérieur et les textes concernant la formation sont cosignés par la santé et l'enseignement supérieur.

On remarquera que pour certaines professions, il existe deux voies de formation. C'est par exemple le cas des manipulateurs d'électroradiologie médicale⁸ : l'une, dépendant du ministère de la santé, prépare au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale ; l'autre, relevant du ministère de l'éducation nationale, conduit au diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique.

2.2.4. L'enregistrement des diplômes

En France, l'enregistrement d'une certification professionnelle par l'État se fait au sein du répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) tenu par la commission nationale de la certification professionnelle (CNCP, service dépendant du ministre en charge de la formation professionnelle) ; il lui est attribué à cette occasion un niveau gradué de V à I dans la classification

⁸« Pour cette profession, il existe depuis plusieurs années un suivi annuel et un bilan commun aux deux filières de formation. Ce document élaboré dans le cadre du Comité d'harmonisation des centres de formations de manipulateurs en électroradiologie, indique également chaque année la situation de l'emploi des diplômés l'année précédente », Pugin Zacharias, enquêtes 2009, Nancy, 15 mars 2010.

interministérielle des qualifications professionnelles. Pour les diplômes délivrés au nom de l'État, cet enregistrement est dit « de droit » (même s'il n'est pas automatique) ; pour les autres diplômes et titres, l'enregistrement passe par une commission technique, à la demande de l'organisme délivreur.

Diplômes et ministères certificateurs par profession

Profession	Diplômes	Ministère certificateur		
		Santé ²¹	Education nationale	Co-tutelle des deux ministères
Infirmier	Diplôme d'Etat infirmier	x		
Infirmier de bloc opératoire	Diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire	x		
Infirmier anesthésiste	Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste	x		
Puéricultrice	Diplôme d'Etat de puéricultrice	x		
Masseur-kinésithérapeute	Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute	x		
Pédicure podologue	Diplôme d'Etat de pédicure podologue	x		
Ergothérapeute	Diplôme d'Etat d'ergothérapeute	x		
Psychomotricien	Diplôme d'Etat de psychomotricien	x		x
Orthophoniste	Certificat de capacité d'orthophoniste		x	x
Orthoptiste	Certificat de capacité d'orthoptiste		x	
Manipulateur d'électroradiologie médicale	Diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale	x		
	Diplôme de Technicien Supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique		x	
Audio prothésiste	Diplôme d'Etat		x	x
Opticien lunetier	Brevet de Technicien Supérieur d'opticien lunetier		x	
Orthoprothésiste	Diplôme d'Etat	A venir		
	Brevet de Technicien supérieur de prothésiste-orthésiste		x	
Podo-orthésiste	Diplôme d'Etat	A venir		
	Brevet de Technicien supérieur de podo-orthèse		x	
Oculariste	Diplôme d'Etat	A venir		
Episthésiste	Diplôme d'Etat	A venir		
	Diplôme universitaire de prothèse faciale appliquée		x	
Orthopédiste-orthésiste	Diplôme d'Etat	A venir		
	Brevet de Technicien supérieur d'orthopédiste-orthésiste		x	
Diététicien	BTS ou DUT biologie appliquée option diététique		x	
	Diplôme d'Etat	A venir		
Technicien de laboratoire	Diplôme d'Etat de technicien en analyse de biologie médicale	x		
	BTS d'analyse biologiques		x	
Préparateur en pharmacie	Brevet de préparateur en pharmacie		x	
Préparateur en pharmacie hospitalière	Diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière	x		

2.2.5. L'accès à la formation

L'accès à la formation est régulé par un quota pour les professions suivantes (2009/2010) : infirmiers (30 629), masseurs-kinésithérapeutes (2 139), orthophonistes (790), psychomotriciens (563).

L'accès aux études est différent pour chacune des professions, mais toujours sur épreuves après un baccalauréat (ou un examen de niveau dans certains cas).

Certaines formations voient entrer une majorité de jeunes porteurs de baccalauréats scientifiques, d'autres non. Certains instituts de formation, principalement de kinésithérapie, ont obtenu la possibilité de recruter une partie de leurs effectifs ou la totalité par le biais de la première année de médecine. Cette autorisation, donnée à titre expérimental, est prolongée depuis plusieurs années sur quelques sites.

2.2.6. Les contenus de formation

Les formations paramédicales reposent sur des contenus de type « sciences exactes » intégralement (manipulateurs d'électroradiologie médicale, kinésithérapeutes...) ou auxquels s'ajoutent des « sciences humaines » (infirmiers...).

Le nombre d'heures de formation dans les programmes de base est également très variable d'une profession à l'autre. Il peut varier de 1 900 environ à plus de 4 000. Les heures théoriques vont de 593 pour les audioprothésistes à 2 240 pour les infirmiers en passant par un chiffre autour de 1 500 pour une majorité de formations. Il faudrait d'ailleurs entrer plus avant dans la comparaison des programmes pour se fonder sur ces chiffres seuls, car si la définition des heures de stage semble claire, (elles sont de 700 à 3 700), pour le reste, il n'est pas certain que les comparaisons se fassent sur des typologies bien définies (enseignement clinique, pratique, travaux dirigés, travaux pratiques, cours...). Le processus de réingénierie des diplômes devrait apporter plus de précisions au contenu des formations théoriques et pratiques.

2.2.7. Les coûts de formation

Un autre facteur distinctif des différentes formations concerne leur coût. Il varie d'une profession à l'autre et pour une même profession ; il peut également varier d'un institut à l'autre. Pour les masseurs kinésithérapeutes, par exemple, selon les instituts les frais de scolarité peuvent varier de 1 à 10⁹.

2.3. Les formations complémentaires des auxiliaires médicaux

2.3.1. La formation des paramédicaux à l'encadrement et à l'enseignement

Il existe 40 instituts de formation de cadres de santé (IFCS) en France. La très grande majorité des instituts est rattachée à un hôpital public. La formation est réalisée sur 10 mois à temps complet en continu, ou sur 18 à 24 mois en discontinu.

Le nombre d'étudiants entrant en formation de cadre de santé et disposant déjà de formations universitaires de niveau licence voire maîtrise augmente, jusqu'à correspondre à plus d'un tiers des candidats.

⁹ Par région et par institut coût des frais de scolarité, source FNEK cité par Plein Sens Le métier de masseur-kinésithérapeute, Rapport ONDPS septembre 2009. Page 48

La formation est orientée dans ses contenus vers une professionnalisation de la fonction managériale du cadre de santé. Elle conduit les personnes à se distancier de plus en plus de la fonction « clinique » de ce même cadre.

Les instituts de formation de cadres de santé ont été incités à réaliser des partenariats universitaires dès 1995. Ainsi les IFCS permettent à leurs étudiants des parcours complémentaires leur donnant accès à une licence, voire à des parties de master (management, sciences de l'éducation...). Cette formation est reconnue puisque le « diplôme de cadre de santé » est obligatoire pour exercer comme cadre de santé dans la fonction publique hospitalière. Il est ainsi une voie d'accès à une carrière dans le management ou dans la formation des paramédicaux. Ensuite, le grade de cadre supérieur de santé s'obtient par avancement ou concours sur titres et celui de directeur des soins est lié à la réussite d'une formation réalisée à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) après une sélection par concours.

2.3.2. La formation aux spécialisations

La formation en vue d'une spécialisation professionnelle ne concerne que les infirmiers qui peuvent faire des formations de :

- infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE), formation de 24 mois, 700 heures d'enseignement, et 2450 heures de stage ;
- infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat (IBODE), formation de 18 mois, 900 heures d'enseignement et 1395 heures de stages ;
- puéricultrice diplômée d'Etat, formation de 12 mois, 780 heures d'enseignement, et 710 heures de stage.

Seuls les infirmiers anesthésistes ont une « exclusivité d'exercice » reconnue par l'attribution d'actes spécifiques qui oblige les employeurs à un recrutement de diplômés. Les activités exercées par les IBODE et les puéricultrices peuvent être légalement réalisées par des infirmiers, et seule la compétence supplémentaire, reconnue comme une plus value, peut inciter les employeurs à choisir des personnes ayant suivi avec succès ces formations. Les puéricultrices ont une formation qui leur donne une ouverture sur l'extérieur de l'hôpital : protection maternelle et infantile (PMI), crèches, centres éducatifs. A contrario, les deux autres spécialités ont tendance à « enfermer » leurs titulaires dans les blocs opératoires dont il est difficile de s'extraire ensuite.

2.4. Le système Licence Master Doctorat (LMD)

La question de l'équivalence des diplômes entre les différentes institutions éducatives se pose à tous les pays. En ce qui concerne l'Education nationale, pour les titres et diplômes antérieurs au baccalauréat, cette question est soumise au rectorat ; pour les titres ou diplômes post baccalauréat, cette question est soumise à l'université.

Or, l'université est autonome, d'une part, et les diplômes d'Etat sont classés dans l'enseignement professionnel en France, d'autre part.

S'agissant des professions « réglementées », le diplôme d'Etat délivré à la fin des études paramédicales, est un diplôme « d'exercice », établi sur la base de règles, de contenu de programmes, de modalités d'agrément, fixés par le ministère de la santé pour l'ensemble des instituts de formation dont il est le certificateur. Les diplômes d'Etat ont été enregistrés dans les systèmes de classification de 1967 et 1969 en niveau III, ce qui correspond à des niveaux de technicien supérieur ou d'institut universitaire de technologie (IUT). Il faut souligner que la durée des études d'infirmières était à cette époque de deux années donc nettement plus courte qu'aujourd'hui. Les licences sont classées en niveau II. Le classement est revu au fur et à mesure de l'enregistrement des diplômes dans le répertoire national de la certification professionnelle.

Une des finalités des accords de Bologne signés en 1999 sur l'enseignement supérieur et la formation continue, dite réforme LMD est d'organiser l'harmonisation européenne des diplômes et de favoriser le rapprochement entre l'université, les grandes écoles et le monde professionnel. La réforme LMD permet d'harmoniser les maquettes pédagogiques selon un modèle unique et un découpage en modules avec l'acquisition de crédits, (les ECTS¹⁰). La démarche de construction des modules et d'attribution des crédits sous-tend le travail fait par les unités de formation et de recherche (UFR) des universités pour la mise en place de la VAE (loi de modernisation sociale en 2002), c'est à dire une élaboration qui distingue les domaines à acquérir en lien avec la notion de compétences.

C'est une organisation en niveaux, sans notion de durée imposée d'études. Ce cadrage autour de trois niveaux (licence, master et doctorat) renforce la lisibilité et l'harmonisation européenne et mondiale des diplômes. L'homogénéisation de la durée des cycles rend plus simples les équivalences entre pays et facilite la réalisation d'une partie du cursus de la formation à l'étranger ou encore les doubles habilitations de diplômes par les universités françaises et étrangères.

Les objectifs de la réforme LMD peuvent se résumer autour d'arguments simples et essentiels pour les jeunes étudiants :

- donner une flexibilité aux parcours de formation et une transversalité des disciplines lors des études et unifier les niveaux et les rythmes des diplômes : licence, master et doctorat ;
- renforcer la lisibilité et l'harmonisation européenne et mondiale des diplômes, car en homogénéisant les cycles on rend plus simples les équivalences entre pays et on facilite la réalisation d'une partie du cursus de la formation à l'étranger ;
- constituer une offre large et lisible des formations à l'Université ;
- renforcer le regroupement des domaines d'enseignement, à titre d'exemple : Droit et Administration, Sciences et Technologies, Sports et activités physiques ou encore Vie, Terre, Environnement, Santé.

La filière médicale n'a pas été intégrée d'emblée dans le système LMD, contrairement aux autres filières. La filière médicale est autonome, filière professionnelle régie par d'autres mécanismes que celui des « entrées-sorties » et par l'existence d'un numerus clausus à la fin de la première année d'études.

Dans le cas de passage des personnes entre les Etats membres au sein de l'UE, il faut distinguer le droit à exercer (reconnaissance de diplôme), du droit à poursuivre des études (reconnaissance dans le système LMD).

La France possède plusieurs particularités qui la singularisent et rendent difficiles les comparaisons internationales : son système éducatif, ses grandes écoles et les universités (ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche - MENESR) mais aussi un système exemplaire concernant la formation professionnelle continue (financement et modalités) : loi de 2004 pour la formation professionnelle continue et loi sur la validation des acquis de l'expérience en 2002. La formation professionnelle continue (FPC) dépend du ministère chargé de l'emploi qui habilite certains des titres et diplômes (association pour la formation professionnelle des adultes, diplômes d'université, diplômes interuniversitaires, etc.). Les autres diplômes dépendent de chacun des ministères certificateurs et pas uniquement du MENESR.

En France, l'originalité de l'enseignement supérieur réside aussi dans ses modes de fonctionnement et de financement. Or, le financement des écoles paramédicales et sociales relève, comme celui des lycées en 1986, de la compétence des conseils régionaux depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2004-803 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Ainsi est-il envisagé dans les prochaines années de conférer aux diplômés d'exercice le grade de licence ou celui de master en fonction de la formation dispensée et de l'implication des universités.

¹⁰ European Credit Transfert System : Système Européen d'Unités Capitalisables Transférables.

La délivrance aux titulaires d'un diplôme d'Etat relevant du domaine de la santé, d'un **grade équivalent au titre universitaire**, comme pour d'autres formations (architectes,...), a été retenue pour plusieurs raisons :

- en France une même formation ne peut pas conduire à la délivrance de deux diplômes différents, ce qui serait par exemple le cas avec une licence d'infirmier et un diplôme d'Etat d'infirmier (diplôme d'exercice) ;
- les diplômes de licence et master sont des diplômes obtenus à partir d'un contenu de formation qui est sous la seule responsabilité des universités, dans le cadre de leur autonomie pédagogique ; or les formations des professions de santé doivent conserver un cadrage national, comme l'exigent les diplômes d'exercice des professions réglementées ;
- l'accès aux formations médicales et à certaines formations paramédicales est soumis à un numerus clausus ou un quota.

3. LES MODES D'EXERCICE ET DE REMUNERATION

La question du développement de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé se pose aujourd'hui entre des professionnels motivés par une même mission – participer à la meilleure prise en charge possible de la population et des patients – mais exerçant dans des conditions très différentes.

Comme nous l'avons précisé plus haut, le code de la santé publique distingue trois grandes catégories de professions de santé :

- les « professions médicales »;
- les « professions de la pharmacie »;
- les « professions d'auxiliaires médicaux ».

La formation de ces différentes professions, les conditions juridiques et le contexte économique et organisationnel de leur exercice constituent le cadre de référence au sein duquel s'organisent, en théorie, la prise en charge des patients et les modalités d'intervention des uns et des autres.

En ce qui concerne les médecins, la formation, le cadre juridique et les conditions économiques d'exercice mettent l'accent sur l'autonomie et l'indépendance. Cette profession bénéficie d'une reconnaissance universitaire, d'une exception générale au principe de protection de l'intégrité corporelle et de la capacité à engager des dépenses financées collectivement. Les conditions d'exercice légales et économiques des autres professions de santé sont, le plus souvent, définies en référence à celles des médecins.

3.1. *Les conditions de formation initiale créent d'emblée une séparation entre les différentes professions de santé*

Il apparaît que les formations proposées aux professions de santé sont marquées par un écart important en termes de durée (9 à 11 ans après le bac pour les médecins et 3 ans le plus souvent pour les auxiliaires médicaux) et de nature de l'enseignement dispensé (universitaire avec un cursus de recherche pour certaines professions, professionnel pour les auxiliaires médicaux et les sages-femmes sans possibilité d'évolution autre que managériale). Cette organisation singulière – les autres professions étant généralement structurées autour d'un *continuum* de qualification (brevet professionnel, technicien, ingénieur, docteur) – ne reconnaît que très partiellement le besoin en qualifications intermédiaires.

3.2. *Le cadre légal d'exercice génère le cloisonnement*

Dans le système de droit français, l'article 4161-1 du Code de la santé publique réserve aux seuls médecins l'établissement d'un diagnostic et le traitement de maladies.

Le critère légal de légitimité des interventions sur le corps humain retenu par le législateur est celui de la qualification professionnelle liée à l'obtention d'un diplôme ou d'un titre équivalent, véritable « permis de soigner ». La notion de qualification constitue donc la clé de voûte de cette organisation. Celle-ci est fondée sur l'inscription de l'intervention dans les cadres légaux et non sur une acception de la compétence qui renverrait uniquement 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.

La profession médicale se trouve définie par un « monopole médical ». Les interventions des autres professionnels de santé sont, pour leur part, conçues comme des dérogations à ce monopole au moyen de délégations. Pour les autres professions médicales (sages-femmes et odontologistes), ces dérogations sont autorisées dans le cadre d'un modèle d'intervention fondé sur les missions qui leur sont imparties. Pour les auxiliaires médicaux elles sont autorisées dans le cadre des décrets d'actes pris en application de l'article L. 4161-1 (dernier alinéa) du code de la santé publique. Ces décrets fixent la liste, limitative, des actes pouvant être délégués par un médecin à un paramédical – ceux-ci étant réalisés soit sous le contrôle direct d'un médecin, soit sur sa prescription – et, dans le cas particulier des infirmiers, les actes pouvant être réalisés dans le cadre du « rôle propre ».

Ce cadre juridique définit en particulier les règles de la responsabilité des professionnels de santé. En effet, selon le droit pénal, seule la loi peut autoriser un professionnel à porter atteinte à l'intégralité corporelle d'un être humain et cette autorisation n'est ni transférable ni déléguable. Un médecin qui transférerait ou déléguerait certaines activités qui appartiennent à lui seul sur le plan légal, de manière isolée, à un professionnel paramédical engagerait sa responsabilité pénale.

3.3. *Les modes de rémunération des professionnels de santé sont relativement rigides*

L'organisation de l'offre de soins en France est fondée sur deux secteurs, la ville et l'hôpital, et deux modes d'exercice, l'activité libérale et l'activité salariée, obéissant à des règles de fonctionnement et de gestion très différentes.

Dans le secteur ambulatoire, l'offre de soins comprend à la fois des soins de premier recours assurés par des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux exerçant le plus souvent dans un cadre libéral et des soins spécialisés effectués par des médecins spécialistes exerçant eux aussi dans un cadre libéral. Ce cadre libéral s'accompagne d'un mode de rémunération des professionnels essentiellement fondé sur le paiement à l'acte. Le revenu de chaque professionnel libéral, qu'il soit médecin généraliste, médecin spécialiste ou professionnel paramédical, est ainsi directement lié à son activité propre. Il faut toutefois souligner que la Convention médicale de 2005 prévoit la possibilité pour un médecin, salariant au sein de son cabinet un auxiliaire médical, de facturer les actes effectués par ce professionnel.

On peut distinguer deux grands groupes d'actes pour les médecins :

- les actes techniques, identifiés dans la nomenclature ;
- les actes cliniques, inclus de manière forfaitaire dans le tarif des consultations.

En matière d'actes cliniques, il convient de souligner que la rémunération d'une consultation n'est liée ni à son niveau de difficulté ni à sa durée. Cela signifie que les consultations médicales les plus simples et les plus rapides – qui sont aussi celles qui sont considérées comme

pouvant être éventuellement réalisées par un autre professionnel de santé – sont au final les plus « rentables » pour les médecins. Ces derniers n'ont donc pas d'incitation financière à confier la réalisation de ces consultations à un autre professionnel.

En revanche, en matière d'actes techniques, les cumuls de cotation sont encadrés et les tarifs sont dégressifs. Dès lors, ne pas faire un acte technique parmi plusieurs lors d'une même consultation ne modifie pas de manière notable le revenu du médecin.

Des évolutions récentes sont intervenues dans les modes de rémunérations des professionnels libéraux que la mission expose en deuxième partie de son rapport.

2^{ème} PARTIE

Un environnement en mouvement

L'environnement des professions et des professionnels de santé est en mutation permanente et ces derniers s'y adaptent du mieux possible avec une constance remarquable. Les changements se sont accélérés dans la dernière décennie et les professionnels de santé sont aujourd'hui confrontés à des évolutions de fond d'une ampleur probablement inégalée. Les réformes institutionnelles, la réingénierie des formations, les nombreuses politiques de santé publique ont toutes pour objectif d'ajuster au mieux le système de santé aux besoins de la population ; les professionnels de santé se situent à l'épicentre de ces transformations. La question des nouveaux métiers en santé est en réflexion et en débat depuis plusieurs années. Elle doit être maintenant tranchée. Résultant de travaux internes de la mission et de la contribution de conseillers pour les affaires sociales auprès des ambassades, que la mission tient à remercier, la présentation de quelques exemples étrangers démontre, s'il en était besoin, que notre pays a pris un certain retard sur la question.

1. DES ATTENTES FORTES ET DES BESOINS A SATISFAIRE

Les principales priorités de santé publique sont exposées et traduites dans de nombreux plans nationaux¹¹ (plus d'une trentaine en cours), présentés sous quatre grands domaines (santé générale des populations, maladies chroniques, risques infectieux, préparation et gestion des alertes sanitaires), dont l'approche se veut globale : prévention, traitement, suivi, évaluation. A l'évidence, ces plans, qui s'inscrivent dans une démarche de programmation et donc de continuité (certains plans ont été plusieurs fois renouvelés), renvoient à la capacité d'y répondre de la part des professionnels de santé. Encore faut-il que le système de santé, l'organisation de ses ressources humaines et la configuration de ses métiers, présentent de raisonnables garanties d'efficacité.

Le contexte, les objectifs et les principaux constats portant sur notre système de santé, son organisation, ses forces et ses faiblesses, ont été abondamment discutés et posés dans la période récente. Les travaux des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS)¹² en synthétisent bien la teneur.

Le contexte est celui d'une relative inégalité persistante d'accès aux soins pour la population, en particulier pour les soins de premier recours. Les principaux éléments de constats, très largement partagés, constituent, selon les termes du document de synthèse des travaux des EGOS, « les composantes d'une crise sanitaire insidieuse »¹³. La tension sur la démographie des médecins mais aussi la tendance, qui se confirme, d'une diminution « du temps médical » se conjuguent avec les fortes évolutions des besoins en santé et des demandes de nos concitoyens.

La population augmente et vieillit. A cet égard, le processus du vieillissement présente un double aspect : quantitatif - le nombre de personnes âgées s'accroît considérablement - et qualitatif - la durée de vie des personnes âgées s'allonge¹⁴. L'impact croissant des pathologies chroniques -

¹¹ Livre des plans de santé publique, 2^{ème} édition, novembre 2009. Ministère de la santé et des sports – direction générale de la santé. livredesplans@sante.gouv.fr

¹² Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS), synthèse des travaux des deux journées nationales des 8 février 2008 et 9 avril 2008. DHOS et ONDPS.

¹³ Idem

¹⁴ Avis du Conseil Economique et Social, réuni en assemblée plénière les 25 et 26 septembre 2007 sur : « L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins »

certaines d'entre elles telles que le cancer ou les pathologies cardio-neuro-vasculaires, qui n'entraient pas dans cette catégorie, se sont chronicisées en lien avec les progrès de la médecine – et le développement du secteur ambulatoire (diminution de la durée des séjours hospitaliers) façonnent différemment les besoins de santé. Le parcours de soins se complexifie, devant prendre en compte à la fois l'hyper technicité – qui induit la multiplication des acteurs -, la nécessaire globalité et le continuum de la prise en charge des personnes.

Les évolutions de la société agissent également sur l'organisation des soins et l'environnement des professions de santé. Nos concitoyens veulent être bien soignés et bien pris en charge quel que soit l'endroit où ils résident. L'augmentation des dépenses de santé pose la question de leur solvabilisation. Les différentes formes de précarité renvoient aux problématiques de refus de soins, de nonaccès aux soins et interfèrent sur les modes et conditions d'exercice des professionnels de santé, sur leur inter relation et la configuration de leurs métiers.

Par ailleurs, un champ nouveau, dont la portée est peut-être encore mal cernée, se développe aux côtés de la médecine telle que nous la connaissons depuis plusieurs décennies. Les avancées techniques (techniques médicales et techniques de la communication, télé médecine, télé santé) et technologiques, par exemple dans le domaine de la génétique, impactent l'exercice médical et la relation médecin/patient. De surcroît, la médecine classique, encore largement curative, va de plus en plus intégrer, sous la pression de l'évolution des sociétés, la dimension « médecine des bien portants ». La demande sociale, consistant à se prémunir de la maladie, se renforce. Les notions d'indicateurs potentiels de maladie, de susceptibilité ou probabilité de développer une maladie, d'entretien de la santé voire du vivre mieux, vont conduire à une forte évolution culturelle de la médecine, du métier de médecin et des métiers de la santé.

2. UN ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL REFORME

2.1. De nouvelles dispositions législatives

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, comporte de nombreuses dispositions ayant une influence sur les professions de santé. En particulier, elle pose les bases de l'éducation thérapeutique du patient (et conduit donc à s'interroger sur les moyens humains et les organisations nécessaires pour y répondre efficacement), elle vise à faire évoluer les modalités d'exercice et de rémunération et rénove le cadre des coopérations entre les professionnels de santé.

La question de la coopération des professionnels de santé (article 51 de la loi) prend ici toute son importance. Pour la première fois, un texte de nature législative agit sur les missions des professionnels de santé, modifie le partage des rôles et les modalités d'exercice. Les incidences de cet article sont fortes sur les ressources humaines en santé. Dès lors que les tâches sont réparties autrement, les contours des métiers sont appelés à être confirmés ou à évoluer. Des métiers nouveaux, notamment à l'interface des métiers médicaux et paramédicaux, vont apparaître à partir de compétences élargies ; les formations et qualifications doivent être revisitées.

La création des agences régionales de santé (ARS) par la loi HPST tend également, en rassemblant des interlocuteurs auparavant disséminés, à rationaliser l'intervention de la puissance publique (Etat, assurance-maladie) dans l'organisation des soins et le champ d'action des professionnels de santé.

En outre, la loi HPST créé, au bénéfice des établissements publics de santé, une nouvelle possibilité de recruter des médecins, odontologistes et pharmaciens contractuels (article 19 de la

loi). Les médecins bénéficiant de ces contrats sont dénommés cliniciens hospitaliers. Un des objectifs de cette disposition est de remédier aux difficultés de recrutement que rencontrent certains établissements publics de santé.

Par ailleurs, un dispositif d'expérimentations de nouveaux modes de rémunérations, pouvant compléter le paiement à l'acte ou s'y substituer, est prévu par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Les expérimentations, qui s'inscrivent dans la modernisation de l'offre de soins de premier recours, concernent toute structure pluri-professionnelle ambulatoire (maisons, centres, pôles et réseaux de santé). Deux modules sont proposés : le premier (« missions coordonnées ») consiste dans le versement d'un forfait pour l'activité coordonnée conditionné par l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité et le second module (« éducation thérapeutique du patient ») vise à expérimenter la possibilité d'un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique en médecine de ville.

2.2. La formation des paramédicaux

Deux inflexions importantes sont récemment intervenues ou en cours dans le domaine de la formation des professionnels paramédicaux : le transfert aux régions du financement des formations initiales et l'inscription des diplômes dans le processus LMD.

Sur le premier point, au regard de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (titre III – chapitre IV), la Région a désormais, entre autres, la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts publics et peut participer au financement du fonctionnement et de l'équipement de ces établissements lorsqu'ils sont privés. L'Etat fixe les conditions d'accès aux formations des professionnels paramédicaux, détermine les programmes de formation, l'organisation des études, les modalités d'évaluation des étudiants ou élèves, délivre les diplômes et contrôle le suivi des programmes et la qualité de la formation.

Sur le second point, depuis 2005, le ministère de la santé s'est engagé dans un processus de réorganisation des diplômes des professions paramédicales avec pour objectif de délivrer une formation de nature à donner des compétences en rapport avec la profession et le métier à exercer. Le ministère de la santé et celui de l'enseignement supérieur ont également manifesté leur volonté d'inscrire les formations de santé dans le cadre du dispositif licence – master – doctorat (LMD). Ainsi les infirmiers qui sont entrés en formation en 2009-2010 devraient se voir délivrer le grade de licence après une formation dont les principes sont déclinés dans une convention signée par les universités, la région et un groupement de coopération sanitaire représentant les instituts de formation en soins infirmiers.

L'interaction des deux réformes amène à quelques interrogations, complémentaires mais de nature différente. D'une part, en dépit de réels aspects positifs, il n'est pas certain que l'ajout d'un interlocuteur supplémentaire, de surcroît composé de 26 régions autonomes dans leurs décisions, éclaircisse le champ des formations avec l'instauration de compétences croisées entre plusieurs décideurs. Le phénomène est aggravé par l'arrivée des universités (dorénavant autonomes) et du ministère de l'enseignement supérieur, dans le paysage, du fait de l'inscription des diplômes paramédicaux dans le processus LMD. D'autre part, l'extension du dispositif à l'ensemble des diplômes paramédicaux ne va pas sans rencontrer des difficultés d'ordre technique mais aussi culturel. La démarche LMD implique une réingénierie en profondeur des formations paramédicales selon un schéma global et cohérent en termes de calendrier, de contenu et de niveaux de qualification. Faute certainement d'une clarification de leurs rôles respectifs et d'un véritable travail en commun sur la question, les deux ministères (santé et enseignement supérieur) peinent à faire connaître une ligne visible à l'ensemble des acteurs concernés. En tout état de cause, le monde de la santé doit mieux appréhender les exigences liées à l'obtention d'un label universitaire et, de

son côté, le monde universitaire doit mieux apprécier les spécificités qui s'attachent à la formation des professions de santé.

Le succès de l'universitarisation des professions de santé nécessite une réelle mise à plat de ces difficultés avant de pouvoir aller plus loin.

2.3. *Un long cheminement vers les coopérations entre professionnels de santé*

La coopération entre professionnels de santé est une préoccupation assez récente en France, une dizaine d'années, mais répond à une volonté de progression constante de la part des pouvoirs publics et de la plupart des acteurs de la santé.

A la suite de la recommandation faite par la HAS en collaboration avec l'ONDPS, la réflexion s'est située dans la lignée des travaux initiés depuis décembre 2003 par le ministre en charge de la Santé sur le thème des coopérations entre professions de santé à la suite du rapport 2002 de la mission « Démographie des professions de santé »¹⁵

Une première mission sur la coopération des professions de santé confiée au Pr Berland¹⁶ a permis : de définir un premier état de la question à partir de l'analyse de la situation internationale et d'une série d'auditions de professionnels de santé ; de préciser des modalités concrètes de lancement d'expérimentations sur les nouvelles formes de coopération. Le ministre chargé de la Santé a alors annoncé le lancement de plusieurs projets d'expérimentations portés par des équipes médicales volontaires. La loi d'orientation en santé publique du 09 août 2004, qui a été suivie par les deux arrêtés d'application de décembre 2004 (5 projets) et du 30 mars 2006 (10 nouveaux projets et 3 projets renouvelés), a autorisé la dérogation temporaire dans ce cadre expérimental.

L'ONDPS a encadré le travail de formalisation et d'évaluation des cinq premières expérimentations qui se sont déroulées en 2005. Le rapport d'évaluation publié par l'ONDPS en juillet 2006 a conclu que « 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. »¹⁷ Ce rapport a, en outre, été suivi de dispositions législatives concernant l'organisation de la coopération dans certaines spécialités¹⁸.

L'arrêté du 30 mars 2006, déjà cité, a permis d'élargir le champ observé et de compléter la nature des informations recueillies.

C'est dans ce cadre que le ministre chargé de la santé a confié à la haute autorité de santé une double mission :

¹⁵ Cf. Berland Y, Gausseron T. Démographie des professions de santé. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2002, <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000643/0000.pdf>,

¹⁶ Le Professeur Berland a été chargé d'analyser les opportunités de coopération qui peuvent être développées entre différentes professions de santé, d'un point de vue conceptuel mais en encourageant également des expérimentations dans divers domaines d'activité clinique. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et des compétences. ONDPS, 2003, <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000619/0000.pdf>

¹⁷ Berland Y, Bourgeuil Y. Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé ONDPS, 2006, <http://www.sante.gouv.fr/ondps/>

¹⁸ L'une des expérimentations autorisée en décembre 2004 concernait le champ de la vision. Depuis, une disposition de la loi de financement de la sécurité sociale prévoit la réorganisation de l'activité des professionnels intervenant dans ce champ (article 54). Premièrement, les orthoptistes pourront exercer sur ordonnance médicale ou sous la responsabilité d'un médecin « notamment dans le cadre du cabinet d'un médecin ophtalmologiste ». Deuxièmement, « les opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de trois ans dans des conditions fixées par décret, à l'exclusion de celles établies pour les personnes âgées de moins de seize ans et sauf opposition du médecin ». Cette disposition fait suite à d'autres initiatives réglementaires modifiant les frontières entre différentes professions de santé dans des champs d'activité précis. Pour les exemples les plus récents, citons l'arrêté du 9 janvier 2006 autorisant les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire un nombre limité de dispositifs médicaux référencés et le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2007 proposant qu'un arrêté fixe, de la même manière, la liste de dispositifs médicaux qui pourraient être prescrits par les infirmiers (article 34).

- assurer le suivi de l'évaluation des 10 nouvelles expérimentations en apportant aux promoteurs de ces expérimentations l'aide méthodologique et logistique nécessaire ;
- élaborer une recommandation générale dans ce domaine de la coopération entre professionnels de santé. Cette recommandation devait s'intéresser aux conditions des nouvelles formes de coopération : organisation des soins, formation des professionnels, etc. et devait porter d'une part, sur les conditions de généralisation des expérimentations en cours et d'autre part, sur une extension de la démarche à l'ensemble du champ de la santé.

Le travail de suivi, l'évaluation des expérimentations et la rédaction de la recommandation ont été assurés par la HAS, en coopération avec l'ONDPS.

Cette recommandation a reposé sur l'évaluation des expérimentations de coopération entre professionnels de santé (1ère et 2ème vagues), l'analyse d'une enquête sur les pratiques actuelles de coopération, les travaux menés par trois groupes d'expertise et, enfin, la consultation publique sur un premier projet de recommandation.

a) L'évaluation des expérimentations :

Les deux vagues d'expérimentations ont permis d'apporter deux grands types de résultats :

- des résultats quantitatifs liés à la qualité et à la sécurité des soins dispensés aux patients dans le cadre des nouvelles formes de coopération¹⁹ ;
- des résultats plus qualitatifs mettant en évidence les facteurs de réussite ou, le cas échéant, de blocage dans la mise en œuvre de ces nouvelles formes de coopération²⁰.

Bien que les expérimentations aient été relativement hétérogènes et que tous les résultats n'aient pas pu être considérés de la même manière (certains apportant un éclairage local alors que d'autres apparaissent plus robustes), l'évaluation des expérimentations, réalisée par l'ONDPS pour la première vague et par la HAS pour la deuxième vague²¹, a permis de recueillir des éléments concrets sur les conditions de mise en œuvre et l'impact des nouvelles formes de coopération qui ont nourri cette recommandation.

b) L'enquête lancée sur les pratiques actuelles de coopération :

En mai 2007, la HAS a lancé sur son site une vaste enquête concernant les pratiques actuelles de coopération entre professionnels de santé. Cette enquête, déclarative et sans discrimination des répondants, a permis de souligner l'intérêt des professions de santé pour cette question avec 334 témoignages. Ces témoignages semblaient ainsi indiquer, dans certains secteurs, des pratiques de coopération relativement répandues bien qu'à la marge des pratiques officiellement autorisées.

c) La constitution de trois groupes d'expertise :

Le comité de suivi a identifié trois facteurs déterminants en termes de développement des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : *le cadre juridique de l'exercice des professions de santé, les formations dont bénéficient les professionnels de santé et le contexte économique et organisationnel de l'exercice des professionnels*. Sur chacun de ces thèmes, un groupe de travail a été mis en place afin de proposer un état des lieux, d'identifier les freins au

¹⁹ Cf. Berland Y, Bourgeuil Y. Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé .ONDPS, 2006, <http://www.sante.gouv.fr/ondps/> et Haute autorité de Santé. Nouvelles Formes de Coopération – Évaluations quantitatives des expérimentations. HAS, avril 2008.

²⁰ Cf. L'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé. HAS/CNEH, 2008, disponible sur le site de la HAS.

²¹ La HAS a procédé elle-même à l'évaluation quantitative et a sous-traité l'évaluation qualitative au Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH) sur la base d'un cahier des charges HAS.

développement des nouvelles formes de coopération et les évolutions « souhaitables » à court et à long terme²².

d) La consultation publique sur le projet de recommandation :

La concertation et la mise en débat des orientations proposées ont constitué la dernière étape de l'élaboration de cette recommandation. En invitant tous les professionnels et tous ceux qui se sentaient concernés par le développement des nouvelles formes de coopération à s'exprimer sur son projet de recommandation, la HAS a pu recueillir les avis et attentes de l'ensemble des acteurs concernés. Ce matériau très riche (218 réponses) a été intégré dans cette version finale de la recommandation sur les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Près de 80% des 218 répondants ont évoqué, souvent très précisément, des activités qui pourraient être confiées à d'autres professionnels de santé ayant suivi une formation adaptée.

La recommandation a été organisée en **quatre grands chapitres** :

1. une présentation des principaux enseignements des expérimentations françaises et des expériences internationales ;
2. un état des lieux sur les conditions de l'exercice des professions de santé et les opportunités et les limites au développement des nouvelles formes de coopération ;
3. les évolutions structurelles nécessaires à un développement plus ambitieux des nouvelles formes de coopération ;
4. les conditions de mise en œuvre des nouvelles formes de coopération garantissant la qualité du système de santé.

A la suite de ces travaux, l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a inscrit au code de la santé publique (art. L. 4011-1) le processus des coopérations entre professionnels de santé.

Bien qu'il soit parfois l'objet de critiques sur ses modalités d'application, peut-être du fait d'une connaissance insuffisamment fine de son agencement²³, ce dispositif semble faire consensus dans son principe ainsi qu'en témoignent les auditions et consultations menées par la mission. Les garanties juridiques et techniques sont posées par la loi et les textes d'application :

- protocoles validés par la HAS (sur avis conforme) ;
- circonscription précise dans les protocoles de l'objet et de la nature de la coopération (disciplines ou pathologies) ainsi que du lieu et du champ d'intervention ;
- intervention d'un arrêté du directeur de l'ARS ;
- vérification de la réponse à des besoins de santé et traçabilité des coopérations ;
- information obligatoire du patient.

Deux étapes du dispositif se dégagent : le moment de l'initiative locale et celui de l'extension possible (généralisation) de protocoles par la HAS.

²² Les travaux des trois groupes ont été conduits en toute indépendance sous la responsabilité de leurs présidents respectifs. À ce titre, ils n'engagent que leurs auteurs. Cf. « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum, décembre 2007, « Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques », rapport du groupe de travail présidé par Claude Evin, décembre 2007, « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », rapport du groupe de travail présidé par Yvon Berland, décembre 2007. http://www.has.sante.fr/portail/display.jsp?id=c_497724

²³ S'il n'en conteste pas la philosophie, le CISS (Collectif Inter associatif Sur la Santé) s'oppose quant à lui au dispositif au motif principal que la validation des protocoles par la HAS, même sur avis conforme exigé, constitue une garantie juridique insuffisante dans un domaine concernant le corps de la personne humaine.

3. DES EXPERIENCES ETRANGERES DE MONTEE EN COMPETENCE INFIRMIERE ET D'EVOLUTION DE LEUR ROLE DANS LE SYSTEME DE SOINS

3.1. *Quelques expériences étrangères*

Des organisations reposant sur les coopérations entre professionnels de santé ont vu le jour dans de nombreux pays et pour certains depuis les années 1960. Elles ont pour la plupart des objectifs communs d'amélioration de l'accès aux soins dans un contexte de démographie médicale en tension mais aussi de rationalisation du système de soins et de recherche de gains de productivité.

L'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dans son rapport de juillet 2010, détaille les expériences de pratiques avancées dans le domaine de consultations infirmières de premier recours, de prise en charge des maladies chroniques, de gestion de pathologies particulières et de promotion de la santé. Par rapport à notre système, nous constatons que trois fonctions sont mises en exergue : la consultation/diagnostic, l'évaluation clinique et la prescription d'examen et/ou de médicaments. Ces trois critères forment le socle des nouveaux métiers.

Les Etats-Unis sont les précurseurs en la matière. Ils ont intégré la notion d'infirmières praticiennes afin de développer de nouvelles missions. Les infirmières praticiennes sont reconnues :

- à un niveau de formation nécessaire à la pratique
- après avoir validé les examens
- après évaluation des acquis et des savoirs
- lorsqu'elles ont obtenu l'autorisation de pratiquer.

Le Canada, sur le modèle américain, a développé ces pratiques pour le recours en première ligne mais également en structures de soins sur demande médicale dans quelques pathologies. Les infirmières praticiennes sont habilitées à prescrire, selon les modalités inscrites dans leur cursus de formation.

Au Royaume-Uni, les pratiques avancées sont la pierre angulaire de la réforme du national health service (NHS). On les retrouve dans :

- les consultations infirmières de première ligne qui proposent un bilan et une prise en charge de problèmes de santé mineurs ou orientent le patient au sein du système de santé ;
- le suivi des maladies chroniques, né dans les cabinets de soins de santé primaire, qui correspond à une véritable réorganisation des prises en charge de ces pathologies ;
- la promotion de la santé avec « les infirmières consultantes et de conseil » qui a conduit à l'intégration totale de délégation de gestes et actions auparavant réalisés par un médecin.

En Australie, le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques ont été les déclencheurs du développement des infirmières praticiennes. Celles-ci pratiquent souvent dans les zones rurales et isolées et ont un rôle très avancé : évaluation de l'état clinique, diagnostic, traitement et suivi.

Chypre a créé quatre pratiques avancées dont trois orientées vers la gestion de pathologies chroniques (diabète, soins primaires) et une vers la santé mentale et plus particulièrement vers les pratiques addictives. Les raisons du développement de ces pratiques avancées résident dans l'accès aux soins, la réponse à l'évolution des besoins de santé, la stabilisation des dépenses de santé et l'attractivité de carrière. Ces infirmières, qui ont une formation complémentaire, ne sont pas autorisées à prescrire.

La Finlande a l'expérience de pratiques avancées dans les centres de soins de santé primaire, développe des programmes de master pour des pratiques avancées en hôpital (soins

aigus). En janvier 2010, une loi autorisant les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) à prescrire a été soumise au parlement. Cette loi, qui devait prendre effet fin 2010, permet la prescription d'un nombre limité de médicaments. La formation nécessaire représentera 45 ECTS soit 1125 heures de cours.

L'Irlande développe une politique dynamique de développement de pratiques avancées. Dans les années 1990, elles sont nées dans les services d'urgence. Les infirmières praticiennes (Advance Nurse Practitioner) sont des IDE hautement qualifiées qui agissent en tant que praticiennes expérimentées et autonomes. Les IDE irlandaises ont acquis le droit de prescription en 2007 ; ce droit est donné après formation spécifique. Il est à noter que cette politique est encouragée par les associations médicales, les responsables de la santé et la capacité du système d'enseignement.

La République Tchèque commence depuis peu le développement de nouvelles pratiques de prise en charge. Non encore reconnues, des expériences sont en cours dans la gestion des maladies chroniques et dans le traitement des blessures. Ce pays promeut ces pratiques avancées pour les mêmes raisons que les autres pays (accès aux soins, besoins de la population...) mais également pour l'attractivité de la profession et la réduction de l'émigration des IDE.

Toutes les expériences internationales sont exposées dans un tableau annexe (annexe 2).

Différentes évaluations ont suivi ces expériences. Les résultats n'ont nulle part été appréhendés en termes économiques mais surtout en termes de qualité des soins, de facilité d'accès aux soins, d'évolution attractive des métiers paramédicaux par un contenu dynamique, les médecins pouvant aussi compter sur des acteurs de soins partenaires de plus haut niveau.

3.2. Une possible transposition en France des pratiques avancées appelle au préalable quelques précisions sémantiques et conceptuelles.

L'expertise :

Dans sa définition, c'est la compétence que possède celui qui a une connaissance approfondie dans un domaine donné.

Dans une vie professionnelle, l'expertise est le stade où grâce à une somme de savoirs et d'expérience, l'acteur de santé est capable de comprendre, d'évaluer et donner des réponses à des situations complexes.

L'expertise infirmière se développe par exemple dans les domaines de l'hygiène, des plaies et cicatrisations, de la douleur.

L'expertise est également reconnue pour d'autres paramédicaux qui se spécialisent dans des prises en charge ciblées (bronchiolites pour les masseurs-kinésithérapeutes, obésité pour les diététiciennes, génétique pour des techniciens de laboratoire etc.).

Les spécialisations :

Elles ne concernent que les infirmières. Trois spécialisations existent en France : puéricultrice, infirmier de bloc opératoire et infirmier anesthésiste. Ces spécialisations requièrent une formation délivrant pour chacune d'elle un diplôme d'Etat dans un domaine donné :

- ✓ les puéricultrices prennent en charge les soins aux enfants de la naissance à 18 ans.
- ✓ les infirmiers de bloc opératoire ont un rôle qui se détermine par trois appellations : aide opératoire, instrumentiste, et infirmier circulant.
- ✓ les infirmiers anesthésistes ont en charge la sécurité du patient au cours de l'anesthésie. Ils exercent au bloc opératoire ou en extra hospitalier (SAMU – SMUR).

La pratique avancée :

Le conseil international des infirmières (CII) en donne comme définition : « L'infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer ».

D'autres paramédicaux peuvent être concernés par ce concept car la pratique avancée :

- ✓ intègre recherche, éducation, pratique et organisation
- ✓ implique un haut degré d'autonomie professionnelle
- ✓ repose sur le suivi individuel des patients
- ✓ fait appel à des compétences élargies dans le domaine de l'évaluation clinique, de l'application du jugement clinique et du raisonnement diagnostic
- ✓ implique la mise en œuvre du processus de consultation
- ✓ implique des actions de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de projets
- ✓ positionne le professionnel comme une ressource de première ligne pour les usagers.

Les enjeux, sur la base des expériences étrangères, sont de plusieurs ordres, tant en termes de nouveaux besoins en santé que de volonté des professionnels d'apporter une contribution au maintien de l'offre de soins.

Une pratique avancée renvoie à un double concept :

- pratique : centrée de manière privilégiée sur le domaine de la pratique clinique
- avancée : impliquant que cette pratique se distingue de la pratique habituelle.

Ces précisions étant posées la possible transposition des expériences étrangères en France engage plusieurs réflexions.

L'émergence de nouveaux métiers dans un système de santé bouleverse la structuration des professions. Elle pose toujours la question de la réaction de l'ensemble du monde de la santé (médecins, paramédicaux, malades, autorités...) face à un changement des statuts et des pratiques sociales en santé.

Même si le ressenti varie beaucoup selon les pays, une orientation générale fait consensus, tendant à allier les compétences spécifiques et les domaines d'intervention complémentaires de chacun autour d'une collaboration efficacement organisée.

La déclinaison opérationnelle du concept de pratique avancée s'opère par l'identification des différents rôles attendus. Cinq rôles sont communément admis : la pratique clinique, la consultation, la formation, le leadership et la recherche.

Chacun de ces rôles est investi de manière flexible, en fonction des besoins et certains peuvent être davantage développés que d'autres.

La formation est la garantie de la réussite, d'une qualité de service constante et reconnue, d'une gestion harmonieuse et fluide des ressources humaines et de la démographie professionnelle. Proposé à un niveau master, dispensé par des professionnels qualifiés, le programme sera accrédité et alliera approche clinique et contenus théoriques.

La régulation de l'exercice de pratiques avancées doit être envisagée. Les recommandations peuvent se situer notamment sur les besoins quantitatifs, la législation encadrant l'accès, la pratique, la vérification et le maintien des compétences ainsi que la protection du titre.

3^{ème} PARTIE

Les propositions de la mission

Les nouveaux métiers en santé : une stratégie et un plan d'action

L'organisation et les principales caractéristiques des ressources humaines en santé doivent évoluer pour s'adapter à l'environnement changeant du système de santé et mieux répondre aux besoins de santé de la population.

La mission s'attachera à démontrer dans cette troisième partie que la création de nouveaux métiers en santé est une des réponses possibles aux inadaptations constatées mais elle doit être soumise à de fortes exigences.

Autant la création de métiers en santé de niveau intermédiaire paraît impérative, autant les conditions de leur genèse et de leur instauration doivent être rigoureuses.

En santé comme ailleurs, l'offre (de métiers) crée et module la demande (en santé) alors que doit prévaloir le phénomène inverse.

Une clarification s'impose dont les enjeux sont considérables. Il s'agit en particulier :

- d'éviter de reproduire, avec les nouveaux métiers en santé, les travers unanimement constatés avec le métier de médecin dont certaines activités ne correspondent pas à une formation de niveau bac + 9 ou bac +11;
- d'écarter le risque de prolifération des métiers de la santé et de complexifier un peu plus un paysage qui l'est déjà. Le répertoire des métiers est national et doit le rester, son pilotage exige un leadership affirmé de la part du ministère de la Santé (DGOS) ;
- de ne pas multiplier outre mesure les intervenants auprès du patient (y compris à domicile), à un moment où la fluidité de la prise en charge est plus que jamais nécessaire ;
- de s'inscrire dans une dynamique de complémentarité et non de concurrence entre les métiers.

Les nouveaux métiers en santé devront répondre à quelques critères simples mais impérieux.

Les propositions de la mission

Répondre avant tout à la confrontation entre les besoins en santé et les moyens de santé. Tel est le préalable que se fixe la mission à l'appui de ses propositions.

La mission estime qu'il est impératif de rechercher d'emblée, au-delà du seul sujet économique (contenir les dépenses à un niveau acceptable pour la collectivité) ou de la simple réplique aux tensions de la démographie médicale, la réponse à la confrontation entre les besoins en santé et les moyens de santé. Elle préconise des études d'impact, indispensables pour appréhender au mieux le coût des choix à opérer sur les métiers et les rémunérations, afin d'explorer l'efficacité de l'offre de soins et donc les organisations et les métiers les plus pertinents.

Il paraît primordial que toute réflexion et toute proposition sur le sujet des nouveaux métiers en santé partent systématiquement de la réponse aux besoins de santé de la population. La mission se fonde, pour ses travaux, sur la définition de la santé retenue par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ». Cette large acception de la santé, qui est aujourd'hui celle de nos concitoyens, renvoie à la notion de réponse globale aux besoins du patient, aux liens étroits entre les dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale de la

prise en charge, aux soins et actes aussi bien curatifs que préventifs, ces derniers étant encore insuffisamment développés dans notre pays. Elle renvoie également au champ de la médecine et des soins d'entretien de la santé, de la non-survenance d'une maladie.

La mission présente neuf propositions reposant sur quatre piliers :

- une priorité : mettre en place une politique modernisée des ressources humaines en santé ;
- une nouveauté : créer des professions de santé de niveau intermédiaire ;
- une méthode : adopter un système rigoureux de validation ;
- une nécessité : intégrer les formations à l'enseignement supérieur.

1. UNE PRIORITE : METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE MODERNISEE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE

Les outils législatifs et réglementaires existent, qui permettent des démarches d'anticipation et de mise en adéquation des besoins et des moyens humains. La loi du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie²⁴ s'inspire largement de la gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences (GPEMC) et développe des mécanismes de professionnalisation.

Ces principes ont été déclinés dans la fonction publique (FP) en général et dans la fonction publique hospitalière (FPH) en particulier au travers de plusieurs lois et décrets :

- décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la FPH ;
- loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article 59 sur le DPC, développement professionnel continu) ;
- loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique ;
- loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie ;
- décret n° 2010-1204 du 11 octobre 2010 relatif aux modalités d'intégration des protocoles de coopération étendus dans le développement professionnel continu et la formation initiale des professionnels de santé.

Au plan national, la fonction publique hospitalière et le secteur de l'hospitalisation privée d'intérêt collectif (ex PSPH), entre autres, se sont dotés d'instruments d'observation, d'études et de propositions autour de la dynamique de GPEMC : observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), observatoire des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière, répertoire des emplois et des métiers de la FPH, étude prospective des métiers sensibles de la FPH, observatoire prospectif des métiers et des qualifications de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif²⁵.

Certaines agences régionales de santé et nombre d'établissements de santé ont, de leur côté, engagé des démarches visant à mieux cerner à la fois les besoins et les évolutions des ressources humaines nécessaires pour y répondre.

Force est de constater que ces différentes initiatives n'ont pas encore abouti à une véritable démarche métier dans le secteur de la santé, faute certainement de coordination suffisante entre les divers acteurs et niveaux d'intervention sur les questions de ressources humaines en santé et peut-être également du fait de la résistance à la nouveauté de certains professionnels.

²⁴ Loi n° 2004-391 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social modifiée par la loi 2009-526 du 12 mai 2009.

²⁵ L'observatoire regroupe la Commission paritaire nationale pour l'emploi (CNPE), l'organisme paritaire collecteur agréé (UNIFAF) et l'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH).

Un processus d'adaptation permanente des métiers de la santé aux besoins de la population exige un pilotage national serré ainsi qu'une déclinaison pertinente et coordonnée dans les territoires.

De ce pont de vue, la mise en œuvre des propositions du rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé²⁶ permettra de concourir à une installation durable d'une culture métier partagée par l'ensemble des acteurs.

Proposition n° 1 : Imposer la démarche métier

Au travers de ses propres travaux et des nombreuses auditions qu'elle a réalisées, la mission a pu vérifier que les professions de santé restent encore marquées par des lignes de force récurrentes 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. Certes, dans un secteur très professionnalisé comme celui de la santé, il peut se comprendre que le titre, par ailleurs indispensable pour exercer, vaille métier. Toutefois, cet enchaînement diplôme → métier présente quelques inconvénients :

- il est potentiellement créateur d'incompréhension voire de frustration dès lors que le professionnel possède un ou plusieurs diplômes non reconnus dans son activité et sa rémunération ;
- il ne permet pas toujours une bonne connexion entre le métier et les besoins.

La question centrale est celle de la nature des besoins de la population et des différentes manières d'y répondre. A l'enchaînement ci-dessus, la mission propose de substituer systématiquement le suivant : besoin → activités → compétences → métier → formation → diplôme. Bien que schématique et donc forcément réductrice, cette présentation témoigne de la nécessité d'inverser le paradigme en cours s'agissant de l'utilisation du levier des métiers.

La démarche métier 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. A cet égard, les notions de besoins de santé et de besoins en professionnels de santé sont souvent invariablement associées. Or, constatés ou ressentis, les besoins en professionnels de santé (démographie des professions, compétences, formations) rejoignent parfois mais pas toujours les besoins non ou mal satisfaits de la population. Dit d'une autre manière, une réponse inadéquate aux besoins en santé ne signifie pas forcément pénurie globale en professionnels mais peut s'expliquer par une mauvaise répartition des professionnels sur le territoire, phénomène bien connu, ou par un partage inapproprié du champ des activités entre les métiers ou encore par une inadaptation des métiers aux besoins. Comment expliquer autrement des besoins en santé non ou mal satisfaits, en matière par exemple de prévention, de prise en charge des maladies chroniques, de premier recours, dans un pays où les professionnels de santé n'ont jamais été si nombreux ?

La mission préfère raisonner en termes de métiers en tension. Une situation de métiers en tension, impliquant une réponse aux besoins non adaptée ou déficiente, peut s'expliquer certes par une pénurie de professionnels mais aussi par des besoins mal cernés, des ressources humaines mal réparties, mal utilisées ou encore par des métiers non ajustés ou manquants.

Une démarche métiers n'est pleinement efficace que si elle est mise en place simultanément à plusieurs niveaux (national, régional, établissements ou équipe de travail). Plusieurs leviers peuvent être actionnés : formation et qualification des acteurs ressources humaines

²⁶ Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, présenté en janvier 2011 au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé par Danielle Toupillier, directrice générale du CNG et Michel Yahiel, inspecteur général des affaires sociales, président de l'Association nationale des directeurs des ressources humaines.

(DRH, équipes RH, mais aussi l'encadrement opérationnel), structuration des procédures et des outils, produits de sortie attendus (par exemple, faire évoluer le bilan social pour qu'il intègre les effectifs par métier de chaque établissement, communication obligatoire à l'ARS avec l'EPRD²⁷, de la carte des métiers de l'établissement...)

Imposer la démarche métier pour poser les bases d'une approche modernisée des ressources humaines en santé ; pour répondre aux besoins de santé par les métiers en inversant le paradigme en cours aujourd'hui ; pour professionnaliser la fonction ressources humaines à tous les échelons : ministère, ARS, établissements, équipes.

Proposition n°2 : Conforter et développer les métiers socles

La mission entend par métiers socles les métiers aujourd'hui existants, auxquels s'attache, sauf exception, un diplôme ou certificat. L'inscription au répertoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière constitue une bonne référence pour les métiers socles dans l'hospitalisation publique.

On ne construit dans la durée que sur des fondations solides. Dans le domaine de la santé, une politique modernisée des ressources humaines passe par une véritable mise à plat préalable des métiers existants, notamment paramédicaux.

Partant du principe qu'il ne servirait à rien et qu'il pourrait même s'avérer contre-productif d'envisager la création de nouveaux métiers sans une remise en ordre dynamique des métiers existants, la mission appelle à une réflexion globale d'ampleur, portée en 2011 par le ministre de la Santé, sur les professions de santé actuelles, réunissant, sous l'égide de la DGOS, l'ensemble des parties prenantes. Ce pré-requis consiste à stabiliser d'abord les métiers socles, à en faire évoluer les contours et l'envergure et si nécessaire les niveaux de formation, bref à en tirer tout le potentiel au regard des nouveaux besoins en santé. La réflexion doit être pluri disciplinaire et intégrer les autres métiers engagés dans les prises en charge concernées. Il faut éviter une analyse isolée de chacun des métiers. La DGOS doit régulièrement (échéance quadriennale) actualiser le répertoire national des métiers et, à terme, les ARS ont vocation à réaliser des cartographies régionales des métiers, instrument indispensable dans le cadre des réorganisations de l'offre de soins et des restructurations qu'elles pilotent. Cela permettrait également d'avoir une traçabilité de la mise en place des nouveaux métiers (volume d'effectifs par métier, contenu des formations d'accès au métier...).

Au travers des auditions et des tables rondes qu'elle a conduites et des contributions qui lui ont été remises, la mission a pu disposer d'exemples significatifs de métiers socles à conforter et développer, sans qu'ils donnent pour autant matière à un nouveau métier. La liste n'en étant pas exhaustive, dans des domaines tels que le premier recours, le vieillissement, les maladies chroniques voire la santé mentale, nombre de métiers actuels pourraient répondre, moyennant l'acquisition de compétences et de formations complémentaires au travers de diplômes universitaires ne nécessitant pas un niveau master, à des besoins non ou mal pris en charge aujourd'hui. De nombreuses activités ont été citées, parmi lesquelles les fonctions de prévention, d'évaluation, de coordination et d'accompagnement dans le domaine du soin à domicile, des personnes âgées ou de la prise en charge de la maladie chronique.

La mise à jour d'un métier existant et même une certaine évolution de son portefeuille de compétences et de son champ d'action ne sauraient constituer pour la mission un critère unique et suffisant de création d'un nouveau métier. S'agissant plus particulièrement des métiers

²⁷ Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses.

paramédicaux, leur mise à jour et leur évolution éventuelle peuvent donner lieu, en fonction des compétences requises, à une formation complémentaire de type diplôme universitaire ou inter universitaire.

Ces formations et qualifications complémentaires ont vocation à être suivies ou acquises dans le cadre de la formation continue ou de la VAE.

La mission a déjà relevé que, dans le cadre de la réforme LMD appliquée aux professions paramédicales, les études d'infirmier sont désormais reconnues au niveau licence. Progressivement, ce sont l'ensemble des professions paramédicales dont les études durent trois ans minimum après le bac qui seront renouvelées et qui ont vocation à entrer dans le modèle LMD. S'il semble nécessaire que certains professionnels paramédicaux accèdent à un niveau universitaire plus élevé que la licence, il ne paraît pas justifié d'élever systématiquement l'ensemble des diplômes actuels au niveau du master.

La problématique des spécialisations infirmières (puériculture, bloc opératoire et anesthésie) constitue un exemple pertinent. Ces spécialisations impliquent, par rapport au métier d'infirmier, un niveau supérieur de compétences, de technicité, de qualification et un champ d'exercice particulier. Elles constituent des métiers distincts de celui d'infirmier et il serait logique que leur diplôme soit reconnu à un niveau supérieur à la licence ; toutefois, elles ne représentent pas, dans leur dimension actuelle de formation, de qualification et d'exercice, une nouvelle profession de santé de niveau intermédiaire au sens où l'entendra la mission (cf. infra). Mais bien entendu, elles pourraient le devenir avec l'intégration de pratiques avancées dans le domaine.

En effet, l'évolution des professions paramédicales ne peut s'envisager, au surplus dans un contexte de finances publiques contraintes, qu'au regard de la réponse aux besoins de santé de la population, et non l'inverse, et les formations doivent être pensées à partir de l'envergure du champ et des modalités d'exercice professionnels.

Par ailleurs, au cours des auditions réalisées par la mission, ont été évoqués des besoins à satisfaire pour permettre aux médecins et aux odontologistes de se recentrer sur leurs fonctions premières en confiant à d'autres personnels des activités qui ne relèvent pas de compétences propres.

Par exemple, la profession d'assistante dentaire pourrait bénéficier d'une mise à niveau en formation et d'une extension de tâches en matière de prévention et d'hygiène bucco-dentaire.

De même, la gestion des cabinets médicaux, et tout ce qui s'y attache, est devenue une activité à part entière qui doit être confiée à des personnels formés à cet effet mais qui ne relèvent pas de professions de santé.

Enfin, la gestion de plateaux techniques souvent sophistiqués doit relever de compétences spécifiques en ingénierie dont il faut identifier la qualification et la formation nécessaires mais qui ne relèvent pas de métiers de soins et de professions de santé.

Conforter et développer les métiers socles : un préalable avant toute création de nouveaux métiers.

2. UNE NOUVEAUTE : CREER DES PROFESSIONS DE SANTE DE NIVEAU INTERMEDIAIRE

Le préalable de la stabilisation et de l'éventuelle évolution des métiers socles étant posé - qui représentera aux yeux de la mission la réponse principale aux actuels et futurs besoins en santé - l'exigence de la création de nouveaux métiers dans le système de santé apparaît avec force, même

s'ils seront peu nombreux. Il importe d'en cerner le champ et d'en inscrire l'approche dans une démarche de construction cohérente de parcours professionnels valorisés.

Proposition n°3 : Cerner le champ des nouveaux métiers en santé

Pour la mission, les nouveaux métiers en santé se spécifient 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. A ce titre, et malgré la réelle valeur ajoutée de métiers issus de l'évolution d'un métier socle, un nouveau métier se situe, dans toutes ses dimensions, très au-delà de la mise à jour d'un métier existant.

L'espace des nouveaux métiers en santé comprend deux grands champs : les professions de santé stricto sensu et les professions au service de la santé. De facto, les nouveaux métiers ont pour premier point de clivage entre eux l'existence ou non d'un contenu de soin.

Hors champ du soin stricto sensu, il est impossible d'ignorer la nécessaire émergence de professionnels hautement qualifiés au service de la santé. En effet, dans le champ de l'imagerie, de la biologie, du bio médical voire de la chirurgie, de nouveaux métiers d'ingénieurs formés spécifiquement (bac + 5) ont une place importante à occuper, au sein des équipes et au contact des soignants, sans constituer pour autant une catégorie de professionnels de santé (médecins et personnels paramédicaux). On peut citer quelques exemples, comme l'« ingénieur d'imagerie » dont le besoin est né de la dissémination d'équipements de plus en plus complexes, et qui travaillerait dans les services d'imagerie en lien avec les ingénieurs biomédicaux (chargés de la stratégie d'équipement de l'hôpital et de la passation des marchés) et les responsables informatiques (réseaux et traitement d'images) ; ou encore l'« ingénieur de bloc opératoire », permettant l'utilisation optimale d'outils d'aide opératoire de plus en plus sophistiqués (robotique ou simulation pré ou per opératoire).

Le champ d'intervention possible des nouveaux métiers dans le domaine du soin est lui-même étendu. Il comprend la ville et l'hôpital, l'activité libérale et l'exercice salarié, l'intervention en première ligne et celle qui se fait en relais du médecin. Il recouvre soit quelques grands domaines de santé (premier recours, vieillissement et personnes âgées, maladies chroniques, cancer) soit d'autres secteurs plus ciblés : certaines spécialités ou filières médicales (vision, audition, soins dentaires etc.), chirurgie, imagerie...

Eu égard aux fortes exigences qu'elle a exposées en introduction de la troisième partie de son rapport et confrontée à un espace de déploiement potentiellement assez vaste, la mission fait le choix d'une double délimitation – champs d'activité et activités elles-mêmes - du périmètre des nouveaux métiers en santé, pour les principales raisons suivantes :

- si le sujet des nouveaux métiers en santé n'est pas inédit, il n'a encore jamais été traité de manière opérationnelle et le succès d'une première mise en place passe, selon la mission, par une circonscription étroite, au moins dans un premier temps, des champs d'activités concernés et des modes d'intervention ;
- la mission ne dispose pas de données médico-économiques suffisamment fines et fiables pour que soit correctement appréhendé l'impact sur les finances sociales de la rémunération des nouveaux métiers, notamment ceux qui pourraient conduire à une situation d'auto prescription (réalisation, par le professionnel, de soins qu'il aura lui-même prescrits). Or une analyse médico-économique rigoureuse est indispensable en présence d'un système de santé à financement socialisé et sur enveloppe fermée.

Dans l'agencement de la mise en place des nouveaux métiers en santé, un équilibre doit être recherché entre le souhait légitime d'un déploiement significatif et la connaissance minutieuse de tous les éléments de la problématique à prendre en compte.

Dés lors, le contexte le plus approprié pour un déploiement rapide des premiers nouveaux métiers paraît mieux cerné. C'est d'une part celui des domaines de santé prioritaires relevés par la

mission dans la deuxième partie de son rapport et qui se sont également dégagés lors des auditions et tables rondes : premier recours²⁸, maladies chroniques, cancer, vieillissement et personnes âgées. C'est d'autre part celui d'un mode d'intervention du nouveau professionnel en seconde intention, c'est à dire en relais du médecin.

La mission souhaite être très claire sur ce dernier point. Elle ne méconnaît pas l'intérêt voire la nécessité d'élargir le champ des nouveaux métiers en santé aux modes d'exercice en première intention, sans passage préalable par le médecin. Elle estime toutefois que le déploiement de ce type de nouveaux métiers ne peut intervenir que dans un second temps, après réalisation des analyses médico-économiques indispensables, qu'il convient d'entreprendre sans délai.

Au regard de cet ensemble de considérations, soucieuse d'un démarrage rapide et réussi du processus, la mission préconise la création d'une nouvelle profession de niveau intermédiaire, entre médecin et paramédicaux, qui pourrait s'intituler *paramédical praticien* (ce vocable pouvant se décliner pour chacune des catégories de paramédicaux) et qui répondrait aux caractéristiques suivantes :

- création, dans quelques domaines prioritaires du soin (cf. infra proposition n°5), de compétences jusqu'alors exercées par un médecin, ne justifiant pas le même niveau de formation pour réaliser des activités de diagnostic, de consultation, de prescription ; ces activités correspondent aux pratiques avancées dans leur définition retenue par la mission (cf. supra, 2^{ème} partie 3.2) et sont réalisées dans le cadre d'un travail en équipe en libéral ou en établissement ;
- élaboration, dans le cadre des coopérations entre professionnels de santé, de protocoles permettant à terme une reconnaissance en qualité de profession médicale à compétence définie dont le champ d'exercice sera déterminé par le code de la santé publique.

Un tel niveau de compétences et de responsabilités implique une formation et une qualification de niveau minimum master. Les professionnels exerçant ces nouveaux métiers devront pratiquer au sein de regroupements de professionnels, pour les soins de premiers recours dans une maison de santé ou un pôle de santé, pour des soins de deuxième recours dans le cadre d'un établissement de santé avec une équipe médicale et paramédicale constituée. Ils pourront également intervenir en établissement scolaire, en entreprise ou en médecine du travail dans un contexte législatif approprié. De façon identique à la mise à jour et l'évolution des métiers de santé socles, la réflexion sur ces nouveaux métiers devra être pluridisciplinaire, intégrant les autres métiers engagés dans les prises en charge concernées. Elle devra également bien mesurer, pour les éviter, les risques d'hyperspécialisation ou d'expertise trop pointue qui pourraient s'attacher au contenu de ces nouveaux métiers.

²⁸ Art. L. 1411-11 du code de la santé publique : « L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L.1434-7. Ces soins comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 4° L'éducation pour la santé.

« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »

Cerner le champ des nouveaux métiers en santé. Les futurs nouveaux métiers en santé doivent obéir à quelques principes incontournables :

- ils sont construits à partir des métiers paramédicaux d'aujourd'hui
- ils ne sont pas redondants avec un métier existant
- ils correspondent à un mode d'exercice professionnel et des responsabilités identifiées
- ils ont vocation à constituer à terme des professions médicales à compétence définie

Proposition n°4 : Valoriser les parcours professionnels

La mission ne mésestime pas les difficultés inhérentes à la mise en place de nouveaux métiers dont il faudra légitimer la place par rapport aux métiers existants et qui ne devront pas se substituer à ceux-ci mais véritablement représenter un chaînon manquant aujourd'hui dans la gradation de la prise en charge des patients.

Outre des éléments de réponse déjà apportés s'agissant du maintien et du développement des métiers socles (cf. supra proposition n°2), la mission considère qu'il convient de raisonner en termes de parcours professionnels et d'évolution de carrières. Ceux des professions paramédicales doivent pouvoir se concevoir dans le soin et ne pas se limiter comme c'est le cas actuellement à la gestion ou à l'encadrement. Un double bénéfice en est attendu : une meilleure attractivité pour les filières et une fidélisation pour leurs métiers. Le nouveau métier, dès lors qu'il implique des compétences très élargies dans un champ donné d'activité et une qualification nettement supérieure, valorise l'ensemble de la filière.

La pleine application de la démarche de développement professionnel continu et l'affirmation de la validation des acquis de l'expérience pour l'accès au nouveau métier à partir du métier socle y contribueront fortement. Eu égard à l'allongement de la durée de vie au travail, l'approche doit être fondée sur le déroulement de l'ensemble d'une vie professionnelle.

La mission attache une grande importance à ces questions de parcours professionnels complets et cohérents et appelle à la vigilance quant au maintien, voire au développement, de l'ascenseur social au sein des professions de la santé, l'accès de publics variés aux formations et aux métiers devant être préservé.

Valoriser les parcours professionnels, c'est également tirer les conséquences des évolutions des métiers en matière de rémunération. A ce titre, la question du mode de rémunération des nouveaux métiers est, bien évidemment, un enjeu majeur. Cette rémunération doit être, sur le fond, principalement liée aux responsabilités supplémentaires, conséquences des compétences accrues. Elle doit pouvoir éventuellement valoriser des contraintes d'environnement de travail (géographiques par exemple).

Il ne faut pas exclure des réflexions plus larges : sur la base des expériences internationales, il est admis que le travail en équipe entre professionnels médicaux et non-médicaux se développe plus aisément dans des contextes où ils sont rémunérés sous forme de capitation ou de salaire ou, du moins, sous une forme mixte (partage entre capitation, actes et performances). La réflexion n'est qu'évoquée en France. Aux Etats-Unis se développe le concept de maison médicale (« patient-centered medical home » ou PCMH) animée par le médecin autour duquel se construit une équipe intégrée pour la prise en charge des patients, ce qui la différencie de la maison de santé française dans laquelle l'exercice est simplement coordonné. Le mode de rémunération de ces maisons médicales doit intégrer le temps de coordination de l'équipe, inciter à l'utilisation des moyens d'information et de communication utiles au suivi des patients, rémunérer les performances de qualité des soins, prendre en compte les économies induites en matières d'hospitalisation, contribuer à revaloriser l'activité de soins de premier recours.²⁹.

En établissement, le mode de rémunération des nouveaux métiers en santé devra tout naturellement trouver sa traduction dans le statut de la fonction publique hospitalière et dans les diverses conventions collectives.

Dans le secteur libéral, le processus de rémunération trouvera utilement sa place au sein du dispositif d'expérimentations de nouveaux modes de rémunérations prévu par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, dispositif cité plus haut (cf. supra 1^{ère} partie 3.3.). La mission estime que ce dispositif expérimental est bien adapté à l'émergence des nouveaux métiers en santé et à leur apport dans la satisfaction des besoins de la population.

Pour l'équilibre nécessaire des dépenses de santé, ces rémunérations ne peuvent pas s'ajouter mécaniquement à celles des métiers préexistants dans les prises en charge concernées. Les nouveaux métiers doivent permettre de dégager du temps médical.

Dans tous les cas, des études médico-économiques devront être mises en place dans le cadre des programmes (cf. infra paragraphe 3 : une méthode) afin de mesurer préalablement l'impact économique et financier de ces rémunérations, au regard des objectifs à atteindre.

Valoriser les parcours professionnels pour créer des filières cohérentes et mettre les rémunérations au niveau des responsabilités exercées et pour proposer des carrières attractives au sein d'un système de santé plus souple, plus dynamique et plus performant.

3. UNE METHODE : ADOPTER UN SYSTEME RIGoureux DE VALIDATION

La mise à jour et l'évolution des métiers socles d'une part et, dans une plus grande mesure encore, la création de professions de santé de niveau intermédiaire d'autre part, conduisent à une réforme en profondeur de l'organisation des professions et des modes d'exercice. Elles nécessitent également une régulation et un cadrage rigoureux mais non sclérosants des mécanismes utilisés.

Les leviers permettant une mise en place exploratoire de ces nouveaux modes d'organisation et d'exercice existent au travers de l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (art. L. 4011-1 du code de la santé publique) dont le mécanisme a été décrit plus haut (Cf. partie 2, § 2.3.). La mission estime indispensable de s'appuyer sur ce dispositif, issu d'un long processus mis en place au début des années 2000, préconisé par les conclusions des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS) de février et avril 2008, et de tirer tout le potentiel de l'article 51 en utilisant pleinement son champ d'intervention.

²⁹ Les maisons médicales centrées sur le patient aux Etats-Unis, Pierre-Louis Bras, Professeur associé à Paris Ouest Nanterre La Défense, à paraître

Proposition n° 5 : Lancer des programmes nationaux

La mission considère comme pertinent le dispositif d'initiatives locales de coopération entre professionnels de santé prévu par l'article 51 de la loi HPST.

Elle estime toutefois que ce dispositif doit être complété et accéléré par la mise en place de programmes nationaux permettant de mieux explorer le champ possible des métiers en santé de niveau intermédiaire, les conditions de leur implantation, d'évaluation et de capitalisation des nouveaux modes d'exercice.

L'esprit et la lettre de l'article 51 doivent être préservés (ancrage de terrain, initiatives de coopération décidées par les professionnels de santé³⁰) mais son champ consolidé si l'on veut promouvoir une dynamique forte autour de ces métiers en santé de niveau intermédiaire.

La mission propose que soient mis en place des groupes de travail chargés de lancer, sous l'égide du ministère de la Santé (DGOS), de la HAS et des ARS via le comité national de pilotage, des programmes nationaux s'appuyant sur des protocoles, ciblés sur quelques grands domaines de santé (tels que la prise en charge des maladies chroniques et du soin aux personnes âgées) et permettant de vérifier sur le terrain (en libéral, en ambulatoire, en établissement) la pertinence ou non de nouveaux métiers en santé et de nouveaux modes d'exercice.

En conformité avec les propos tenus par différents acteurs rencontrés par la mission lors des auditions, tables rondes ou entretiens particuliers, les tous premiers programmes nationaux ont vocation à se déployer dans le champ des pathologies longues et/ou complexes, à tenir compte des premières expérimentations qui se sont déroulées sous l'égide de la HAS et de l'ONDPS et pourraient notamment porter sur les thèmes suivants :

- le suivi de pathologies telles que le diabète, les hépatopathies chroniques et les maladies respiratoires chroniques ;
- les patients transplantés d'organe dont le suivi est parfaitement codifié ;
- le suivi de patients présentant des troubles cognitifs ;
- le suivi de patients atteints de pathologies entrant dans le cadre du vieillissement et de la dépendance ;
- les malades atteints de pathologies cancéreuses.

Par ailleurs, les auditions et tables rondes organisées par la mission ont clairement fait apparaître l'intérêt de l'émergence d'un métier « d'assistant pour la chirurgie », à partir de métiers déjà présents dans les blocs opératoires, en particulier les actuels IBODE et professionnels de la circulation extracorporelle.

Pour les thèmes évoqués, les paramédicaux praticiens pourraient assurer notamment :

- l'évaluation de la situation médicale à partir d'éléments d'interrogatoires et d'examen para cliniques et médicalement codifiés ;
- la reformulation et l'explicitation au patient des informations médicales ;
- l'initiation de mesures destinées à améliorer la prise en charge globale du malade.

Le processus devra être discuté et élaboré en amont avec les différents acteurs de la santé : représentants des ordres professionnels, de l'Académie de médecine, des sociétés savantes, des organisations syndicales et professionnelles, des usagers.

Schématiquement, dans le cadre d'un programme national, l'enchaînement conduisant, à partir du besoin en santé, à l'officialisation d'un métier de niveau intermédiaire se présente selon les neuf étapes suivantes :

³⁰ Pour les établissements, cela passe probablement par la nécessité de bien structurer le processus en interne.

1. repérage, au niveau national, des besoins nouveaux ou à couvrir et des champs de santé concernés ;
2. définition des compétences requises pour satisfaire les besoins ;
3. cadrage des modes d'exercice a priori pertinents (champ des délégations) ;
4. à partir du métier socle et dans le cadre du développement professionnel continu, détermination et organisation des formations nécessaires à un niveau master
5. formation des professionnels sur une durée impliquant l'obtention d'un master à partir du métier socle ;
6. exercice par des professionnels formés ;
7. évaluation de la situation, régulière puis globale à 3 ou 4 ans ;
8. identification de la nécessité ou non du métier de niveau intermédiaire ;
9. si nécessité constatée : création du métier de niveau intermédiaire reposant sur des missions (activité médicale à compétence définie) et non sur un décret d'actes.

En matière de modes d'exercice professionnel, un tel processus renvoie à l'instauration d'un système dual fondé sur la coexistence des décrets d'actes et de mécanismes permettant d'y déroger, garantis juridiquement par l'art. 51. Les programmes nationaux proposés par la mission se situent en quelque sorte au stade de l'extension par la HAS (cf. ci-dessus).

La mission tient pour préférable ce système dual plutôt que la suppression immédiate des décrets d'actes, pour plusieurs raisons :

- le système des décrets d'actes constitue de très longue date la référence (le « génome ») des professionnels de santé, le socle, inscrit au code de la santé publique, à partir duquel est assis le champ de l'exercice des professions paramédicales ;
- il faut impérativement s'assurer qu'un nouveau dispositif, se substituant complètement aux décrets d'actes et reposant sur une définition par missions, serait aussi sûr juridiquement, aussi fiable pour les organisations de travail au quotidien, aussi clair pour tous les acteurs, à commencer par les patients et d'application immédiate. La crédibilité des propositions de la mission passe par le respect du principe selon lequel l'abrogation d'un dispositif ne peut se justifier que par l'instauration d'un système qui lui est immédiatement supérieur ;
- les différents acteurs et notamment les ordres professionnels français ne sont pas aujourd'hui en situation de s'emparer de la déclinaison d'un cadre général qui serait fixé par la loi.

Le maintien du système des décrets d'actes ne signifie pas pour autant conservatisme ou manque d'ambition de la part de la mission. Si son abolition pure et simple n'apparaît ni faisable ni pertinente aujourd'hui, il faut lui adosser un dispositif qui permette d'y déroger et se fondant sur la mise en place de nouveaux métiers par missions, comme c'est le cas pour les sages-femmes. Le constat est en effet récurrent d'un système de décrets d'actes assez rigide, réducteur (exhaustivité jamais atteinte), dont l'obsolescence est rapide et peu réactif du fait de sa lourdeur et de sa lenteur d'adaptation.

Au demeurant, la mission a la conviction que l'appariement des deux dispositifs (décrets d'actes et dérogations via l'art. 51) conduira, après évaluation des initiatives de coopérations entre professionnels de santé, à la suppression progressive puis complète du système des décrets d'actes au bénéfice d'un mécanisme de champ d'exercice fixé par la loi au travers de missions (exercice d'une activité médicale à compétence définie) puis décliné soit par arrêté soit dans les différents codes de déontologie.

Lancer des programmes nationaux, s'inscrivant dans le dispositif de coopérations entre professionnels de santé, pour évaluer les nouveaux métiers en santé avant de les référencer comme profession médicale à compétence définie.

Proposition n° 6 : Encadrer le processus

Les interlocuteurs rencontrés ont, en très grande majorité, appelé l'attention de la mission, qui partage leur souhait, sur la nécessité d'encadrer au mieux les processus d'émergence des nouveaux métiers sans pour autant en brider l'épanouissement.

La mise en place et l'évaluation régulière de protocoles nationaux, s'inscrivant dans l'article 51, devraient être de nature à concilier sécurité et souplesse pour la maîtrise du processus.

En premier lieu, une régulation du parcours de soin (de prise en charge) est indispensable, sous peine de l'apparition d'effets pervers. Le système dual proposé ne doit pas conduire à une compétition entre professionnels de santé, ni à une multiplication des interventions auprès d'un même patient, ni à ce que les patients disposent de plusieurs guichets pour une même pathologie (nomadisme). La mission milite en faveur d'un raisonnement non pas par profession de façon isolée mais par filière professionnelle rassemblant l'ensemble des acteurs responsables de la prise en charge du patient. Des indicateurs de parcours de soin seront nécessaires. L'incursion de nouveaux métiers paramédicaux dans le champ d'exercice des professionnels de santé doit avant tout avoir pour but, aussi bien en libéral qu'en établissement, de dégager du temps médical, le médecin étant ainsi à même de se recentrer sur ce pour quoi il a été formé et, par exemple, voir plus de patients ou consacrer plus de temps à l'acte intellectuel, par comparaison avec l'acte technique.

En second lieu, la question de la responsabilité médicale au sein de l'équipe organisée en coopération doit être évoquée. C'est une question très sensible, y compris pour les associations de patients, qui pourrait conduire à un rejet par les professionnels, pour des raisons diamétralement opposées, du cœur des propositions de la mission :

- les professionnels paramédicaux pourraient ne pas accepter une tutelle médicale serrée sur les actes qu'ils réalisent alors que ces actes leur auront été délégués, qu'ils auront acquis un haut niveau de qualification et qu'ils auront élargi leur champ de responsabilité. L'autonomie ne peut se concevoir sans espace de liberté d'exercice professionnel ;
- les médecins exigent de leur côté une situation claire sur la question de la responsabilité *in fine* des actes réalisés au sein de l'équipe des professionnels de santé, au nom de la responsabilité juridique.

La mission ne saurait à elle-seule et ici épuiser le sujet ; elle estime que l'autonomie doit être reconnue et respectée pour les futurs métiers de niveau intermédiaire dans le cadre de modalités de recours au médecin clairement établies. Le fait que les métiers de niveau intermédiaire émergeront d'abord au sein d'une équipe médicale, aussi bien en libéral qu'en établissement, est d'ores et déjà de nature à fonder une responsabilité encadrée des professionnels. Deux types de garanties sont possibles et complémentaires : a priori par la formation, la vérification des compétences et la mise en place préalable de processus qualité/sécurité ; a posteriori par l'accès aux dossiers de patients suivis par le professionnel paramédical et par l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre du développement professionnel continu³¹.

³¹ Le dispositif visant à articuler formation continue et évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a vocation à être installé dès 2011 s'agissant des médecins et en 2012 pour tous les autres professionnels de santé (source DGOS).

Encadrer le processus de création des nouveaux métiers afin que leur champ, leurs finalités, leurs conditions d'exercice et leurs responsabilités répondent à des besoins identifiés.

Proposition n° 7 : Adopter une démarche pragmatique et une méthode participative

Dans un domaine aussi sensible que les ressources humaines en santé, la mission préconise une démarche volontariste, nécessairement encadrée mais ménageant des marges de manœuvre pour les acteurs de terrain.

La démarche et le cadrage sont déjà engagés avec le développement des coopérations des professionnels de santé promues par l'article 51 de la loi HPST. La mission appelle au franchissement d'un nouveau cap, débouchant sur l'officialisation de métiers en santé de niveau intermédiaire à partir d'un processus cohérent et sécurisé.

Un des points clés consistera à articuler étroitement les deux modes d'exercice, à savoir la démarche missions d'une part (dérogations à l'exercice illégal de la médecine) et les décrets d'actes d'autre part. Outre le conseil d'Etat, les organismes ou institutions obligatoirement consultés pour l'élaboration ou la modification d'un décret d'actes sont l'Académie de médecine et le haut conseil des professions paramédicales ; les deux acteurs majeurs des protocoles de l'article 51 sont les ARS et la HAS. La mission recommande une harmonisation de l'intervention des différents interlocuteurs dans les deux processus, la HAS devant en être le pivot dès lors que les actes sont identifiés dans les protocoles et qu'une extension de protocole a vocation à être traduite dans les décrets d'actes³².

En deuxième lieu, la démarche gagnera à se dérouler par étapes. Il s'agit d'explorer le champ et la pertinence de métiers en santé de niveau intermédiaire par la mise en place de protocoles nationaux, que s'approprient et déclineront les acteurs locaux, puis d'évaluer régulièrement et d'en tirer les conséquences.

Par ailleurs, la mission estime primordial qu'au delà des consultations obligatoires, l'ensemble des acteurs de santé (y compris les sociétés savantes et les représentants des usagers) soient activement impliqués dans la démarche de métiers intermédiaires. C'est à coup sûr un des enjeux de la réussite du processus.

Enfin, la mission ne verrait que des avantages à ce que les pouvoirs publics s'appuient sur le Haut conseil des professions paramédicales pour la mise en œuvre et le suivi de la démarche. Sa composition et ses missions le désignent sur ce point comme interlocuteur privilégié³³.

Adopter une démarche pragmatique et une méthode participative pour concilier, en fonction des besoins, l'effectivité de la mise en place des nouveaux métiers en santé, l'acceptabilité de cette nouveauté et la soutenabilité au regard des finances publiques.

³² Cf. note d'octobre 2010 de la DGOS sur les coopérations entre professionnels de santé : « La loi a donné à la HAS la mission d'analyse et d'expertise des protocoles qui lui sont soumis. [...] Par ailleurs, la loi a donné la possibilité à la Haute autorité de santé de généraliser l'application de protocoles en les étendant à tout le territoire national après au moins une année d'application. Ces protocoles étendus par la HAS seront intégrés dans la formation initiale ou continue selon les modalités prévues dans le décret du 11 octobre 2010. »

³³ Cf. un extrait de l'art. 1^{er} du règlement intérieur du HCPP : « Le Haut conseil est une instance interprofessionnelle de réflexion sur les sujets qui portent sur :

- a) les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre professionnels de santé et la répartition de leurs compétences, la formation et les diplômes ;
- b) la place des professions paramédicales dans le système de santé

Par ailleurs, le Haut conseil participe à la diffusion des recommandations de bonne pratique et à la promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles. »

4. UNE NECESSITE : INTEGRER LES FORMATIONS A L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Aux yeux de la mission, la démarche volontariste, la méthode et les outils proposés passent par la mise en place de filières universitaires ainsi que par une réforme en profondeur de l'organisation et des compétences des différents acteurs impliqués dans la formation des professionnels de santé.

Proposition n° 8 : Mettre en place des filières universitaires

La formation des différentes professions paramédicales doit s'intégrer dans le cadre des trois niveaux de formation en LMD (Licence- Master- Doctorat) dans l'enseignement supérieur en application des accords de Bologne.

Il conviendra donc de définir le niveau de formation en L et/ou M qui devra correspondre aux compétences à acquérir pour exercer chacun des métiers socles des différentes professions paramédicales.

Des métiers de niveau intermédiaire auront vocation à répondre à un besoin clairement identifié, dans le cadre d'une restructuration de l'offre de soins où chaque acteur de santé aura à intervenir sur son cœur de métier à son juste niveau de compétences et de formation.

Ces métiers pourront émerger des métiers socles à partir de connaissances et compétences obtenues par un diplôme de niveau master (M2) en combinant la valorisation des acquis et de l'expérience (VAE) et la formation universitaire professionnalisante. Ce diplôme de niveau master aura vocation à constituer un diplôme d'exercice dès lors que le programme de formation et le référentiel d'activités auront été validés par le ministère de la santé.

Les titulaires d'un master 2 pourront s'inscrire dans une école doctorale pour mener dans un laboratoire de recherche labélisé un travail de recherche qui, au terme de 3 à 4 ans, pourra déboucher sur la délivrance d'un diplôme de docteur d'université, qui est à distinguer d'un diplôme d'exercice.

Mettre en place des filières universitaires pour bien positionner dans le système LMD les métiers socles et les futurs métiers en santé de niveau intermédiaire et garantir des carrières évolutives, lisibles et autonomes.

Proposition n° 9 : Redonner compétence à l'Etat sur l'ensemble des questions de formation aux professions paramédicales de niveau licence.

La mission considère que le système de compétences croisées (programmes et certifications pour l'Etat, financement des formations initiales pour la Région) décrit en partie 2 de son rapport, n'est pas, six ans après sa création, le plus efficace pour la mise en place d'une démarche cohérente et pertinente de métiers en santé de niveau intermédiaire. Certes, la réforme a eu d'incontestables aspects positifs, de nombreuses structures de formation ayant pu par exemple bénéficier de moyens financiers qui leur faisaient défaut. Toutefois, outre son manque de lisibilité pour certains acteurs, l'organisation actuelle ignore les réformes de fond intervenues depuis 2004 dans le secteur de la santé, dont il convient au contraire de tirer toutes les conséquences.

Tout d'abord, l'inscription des diplômes paramédicaux dans le processus LMD, activée par la reconnaissance du diplôme d'Etat d'infirmier au grade de licence, confère à la formation des professionnels paramédicaux une incontestable dimension universitaire qu'elle n'avait pas, ou pas à ce niveau, en 2004. Cette dimension est même appelée à s'élargir avec une possible « universitarisation » complète à terme. Le constat est plus prégnant encore avec les formations aux

futurs nouveaux métiers en santé dont la très grande majorité relèvera d'un niveau master. Certes, nombre de formations à ces futurs métiers ont vocation à s'effectuer dans le cadre de la formation continue ou de la VAE mais il est impossible, y compris juridiquement, de ne pas y intégrer des cursus de formations initiales.

Ensuite, les lois du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités (LRU) et du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, ont considérablement modifié le contexte institutionnel avec l'autonomie des universités et la création des agences régionales de santé. Des partenaires institutionnels plus autonomes apparaissent – les ARS sont des établissements publics de l'Etat – dans le cadre d'une présence très ancrée de la sphère étatique dans l'espace régional, les ARS devant, par exemple, déterminer leur programme régional de santé.

Enfin, les politiques de santé publique, qui relèvent de la compétence de l'Etat et leur objectif de réponse aux besoins de santé de la population, pèseront plus que jamais sur la configuration des métiers et donc des formations (Cf. supra partie 2 du rapport).

Ces principales raisons militent fortement en faveur d'une meilleure lisibilité et d'une plus grande fluidité dans l'agencement de la chaîne de décision s'agissant des métiers et des formations de l'ensemble des professionnels de santé. C'est une question de cohérence et non de dessaisissement. Au demeurant, le retour sous la compétence de l'Etat des questions se rapportant au financement des formations en santé dans un cadre universitaire peut utilement s'accompagner du renforcement des partenariats avec les régions dans le domaine de la santé.

Redonner compétence à l'Etat sur l'ensemble des questions de formation aux professions paramédicales de niveau licence et au-delà pour simplifier le dispositif actuel des compétences croisées et ancrer les formations paramédicales dans un champ universitaire national, clair et reconnu par tous les acteurs.

CONCLUSION

Une nouvelle approche des ressources humaines en santé, résolument fondée sur la démarche métiers, constitue sans aucun doute un des défis essentiels à relever pour aujourd'hui et pour demain, pour une meilleure réponse aux besoins de santé.

La question du nombre et de la répartition des professionnels de santé, de l'évolution de leurs métiers, se pose depuis longtemps, le moindre des paradoxes n'étant pas l'égale constance du poids de la question et de son absence de réponse. La mission estime qu'au delà des options et décisions, qui n'ont toujours pas porté leurs fruits, portant sur la répartition des professionnels de santé, et notamment des médecins, il convient d'agir immédiatement sur le levier des métiers et des champs d'exercice. Le besoin de métiers en santé de niveau intermédiaire est évident et leur création doit être pensée et décidée avec volontarisme et cohérence après avoir bien pris en compte le champ d'intervention des métiers socles. Certaines propositions de la mission, telles que la réflexion et les discussions concernant les métiers socles et les programmes nationaux ou la mise en place de quelques nouveaux métiers en santé, pourront et devront être concrétisées rapidement. D'autres verront leur mise en œuvre s'inscrire dans la durée. Toutes ont vocation à redessiner la cartographie des métiers de santé pour une meilleure réponse aux besoins et aux attentes de la population, à un coût qui demeure supportable pour la collectivité nationale.

Telle est l'unique mais forte ambition de la mission.