



# La coopération des professions de santé : une triple nécessité et une triple exigence

**Alfred Penfornis**

Professeur d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques, université de Franche-Comté ; chef de service d'endocrinologie-métabolisme et diabétologie-nutrition, CHU de Besançon, membre du Haut Conseil de la santé publique

L'évolution du nombre de patients atteints d'une maladie chronique (plus de 15 millions de personnes en France) constitue un véritable défi d'adaptation pour notre système de santé, conçu et développé pour répondre à la prise en charge de maladies aiguës, aussi bien dans le domaine de la formation initiale des soignants, de l'organisation des soins, que du financement. Relever ce défi passera nécessairement par l'établissement de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, bien sûr, mais aussi avec les patients et les acteurs du secteur médico-social.

Envisager ces nouvelles formes de coopération répond à une triple nécessité.

- **Nécessité démographique**, tant l'évolution des trente prochaines années sera marquée par une diminution des effectifs médicaux. La réduction à court terme du nombre de médecins, conjuguée à l'augmentation de la demande de soins et de leur complexité, rend indispensable une redistribution des tâches en matière de soins.

- **Nécessité économique et d'efficacité**, tant le système de paiement à l'acte a montré ses limites. Ce système inflationniste induit une multiplication inutile d'actes, qui s'avèrent inefficaces à améliorer l'état de santé des patients atteints de maladies chroniques. Malheureusement, au moment où tout le monde souligne l'incompatibilité entre le paiement à l'acte et la prise en charge au long cours d'une affection longue, ce même système (la tarification à l'activité) se généralise dans le monde hospitalier !

- **Nécessité éthique**, tant les patients, traditionnellement considérés comme obéissants et soumis, veulent, à juste titre, que les soignants les reconnaissent comme des alliés susceptibles de réflexion et dotés de compétences dans la gestion de leur santé. Ils souhaitent ainsi établir une véritable collaboration avec les professionnels.

Cette triple nécessité renvoie à une triple exigence.

- **Exigence de redéfinition des tâches**. Cette redéfinition est déjà à l'œuvre dans de nombreux réseaux de soins où infirmières, diététiciennes, podologues, éducateurs médico-sportifs, psychologues, ou encore pharmaciens... travaillent en concertation avec les médecins généralistes ou spécialistes et se voient attribuer des responsabilités et des fonctions nouvelles, de coordination ou d'éducation thérapeutique, voire d'adaptation du traitement, par dérogation. D'autres expériences encourageantes sont en cours au sein de maisons ou de pôles de santé, ou dans le cadre d'expérimentations dont il est fait état dans ce dossier. La France n'est pas en avance si l'on se réfère à l'organisation des soins primaires dans d'autres pays européens. À titre d'exemple, plusieurs études rapportent une efficacité améliorée en matière de

prise en charge de patients atteints de maladies chroniques lorsqu'un suivi centré sur le patient (et non pas sur la seule maladie ou sur les seuls symptômes) se fait en collaboration avec des infirmières spécialistes (« *specialist nurses* » des Britanniques) ou des pharmaciens d'officine (heureux de ne plus être cantonnés à un rôle d'épicier après une formation initiale de six ans !). Outre la nécessaire refonte de l'organisation juridique des professions, la diffusion à grande échelle de ces nouveaux modes d'organisation et de coopération rencontre des obstacles. Le plus important est probablement d'ordre culturel : dès que la mutation ne se limite plus aux quelques soignants « militants » des premières expériences pilotes, des résistances apparaissent pour inverser la perspective de l'exercice médical et passer d'une activité très individuelle à un exercice partagé et coordonné. Cette nouvelle culture ne s'acquerra pas du jour au lendemain et reposera probablement sur les « jeunes » soignants.

- **Exigence de formation**. Encore faut-il que ces jeunes soignants bénéficient d'une formation adéquate qui les prépare à ce mode d'exercice coopératif : une formation laissant une place à l'enseignement des sciences humaines, de l'éducation thérapeutique, une formation qui intègre un enseignement multiprofessionnel associant des étudiants de toutes les filières médicales, paramédicales, médico-sociales..., voire des représentants des associations de patients. Quelle plus belle préparation à l'abrogation des préjugés entre corporations, à une coopération ultérieure efficace dénuée de tout sentiment hiérarchique paralysant, que de suivre ensemble un enseignement sur l'éducation thérapeutique, sur la coordination des soins, sur la définition du rôle de chacun... ? On voit que, à côté de la création de formations spécifiques aux nouvelles responsabilités des soignants ou à des nouveaux métiers (master sur « Les fonctions de coordination dans le champ de la santé », par exemple...), une réflexion sur les programmes et les modalités des formations initiales s'impose !

- **Exigence de refonte du mode de rémunération** pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques, en substituant au paiement à l'acte une prise en charge forfaitaire faisant la part belle à l'éducation thérapeutique et incluant des réunions de concertation, de coordination, de partage d'informations et d'analyse des pratiques entre professionnels d'un même territoire, en y associant les associations de patients. Ces nouveaux modes de rémunération devront également valoriser les fonctions à responsabilité étendue.

La tâche est rude, la route est longue, mais nous n'avons plus le choix si nous souhaitons conserver et « humaniser » une médecine de qualité à laquelle chacun continuera d'avoir accès avec équité. ■