

À l'heure de la réorganisation des soins dans les territoires : comment sortir du poids de l'histoire ?

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » permet-elle une véritable coopération entre professionnels de santé ? L'Ordre des infirmiers doute que les mesures décidées soient suffisantes et regrette qu'un état des lieux des pratiques soignantes actuelles n'ait pas été réalisé au préalable.

Dominique Le Bœuf
Présidente du Conseil national de l'Ordre des infirmiers

Les regroupements de professionnels et la répartition entre eux de leurs activités sont au cœur des débats sur l'évolution souhaitable de notre système de santé. Ces questions concernent au premier chef les infirmiers, qui, avec les médecins, sont les pivots de l'organisation des soins.

Il s'agit d'améliorer la prise en charge des patients, de plus en plus complexe, surtout en milieu ambulatoire, réputé cloisonné, voire éclaté, entre ses acteurs.

Mais pouvons-nous réformer réellement le système sur le mode d'un « *one best way* » réducteur, incapable de faire face à une telle complexité ? Cette « meilleure méthode » supposée se résumerait en effet à deux articles de la loi HPST du 21 juillet 2009 :

- L'article 51, organisant la nécessaire collaboration entre professionnels « *pour mieux répondre aux besoins de santé de la population et s'adapter aux pratiques des professionnels tout en garantissant un haut niveau de sécurité et de qualité* » ;

- L'article 39, de cette même loi, destiné à promouvoir les maisons de santé.

La nécessité, voire l'urgence, d'une évolution s'inscrit, comme dans la majorité des pays développés, dans un contexte de préoccupations économiques et de recherche d'égalité d'accès aux soins [59].

Les besoins de santé vont en effet exploser à l'avenir, dans une population vieillissante qui, tout en gagnant chaque année un trimestre d'espérance de vie, voit augmenter la prévalence des maladies chroniques. Les travaux préparatoires à la nouvelle loi de santé publique, menés par le HCSP [33] recommandent une amélioration effective et graduée

du parcours de soins et de sa coordination qui, dans le cadre des maladies chroniques, nécessite de véritables compétences professionnelles en matière de coopération clinique.

Démographie médicale : une crise imminente

Par ailleurs, ils vont se heurter à la pénurie annoncée de professionnels de santé, en particulier médecins et infirmiers, qui sont les pivots de la prise en charge des soins.

Le dernier rapport de l'OCDE sur les professionnels de santé n'a pas hésité à qualifier la situation démographique des médecins et des infirmiers, au regard des besoins de santé, de « crise imminente ». Au cœur de ses préconisations, il a mis l'accent sur la formation et l'éducation [58]. De nombreuses analyses européennes publiées fondent largement cette évolution nécessaire sur un élargissement des compétences infirmières et une véritable reconnaissance de l'expertise autonome de la profession (*advanced practice nursing*), parallèlement à une réorganisation du travail pour une meilleure prise en charge du patient [30]. L'OCDE mène actuellement une revue des expériences internationales significatives dans ce domaine qui démontre le retard pris en France et détermine avec précision les facteurs-clés de succès de ces évolutions incontournables.

Ces urgences sont aussi au cœur des préoccupations françaises depuis la fin des années 1990, mais sous l'angle étroit d'une réponse à la baisse de la démographie médicale et dans une vision centrée avant tout sur l'hôpital et sur le médecin.

Ainsi, dès l'année 2000, les doyens des



facultés de médecine, le Conseil national de l'Ordre des médecins et la communauté hospitalière ont fait des propositions dans ce sens à Martine Aubry, alors ministre en charge de la Santé. Ces propositions ont trouvé en 2001 un prolongement dans la neuvième recommandation du rapport de Guy Nicolas, sur les mesures à prendre au vu de l'évolution de la démographie médicale : « reconnaître le rôle des professionnels de santé non médecins et déterminer pour chaque spécialité les actes qui pourraient être transférés dans leur champ de compétence propre » [57].

Cette vision s'est traduite dans les discours et les rapports de l'ONDPS [6], puis de la Haute Autorité de santé [35], par le souhait d'un recentrage du temps médical : il s'agissait d'« abandonner » à d'autres professionnels de santé les gestes médicaux qui ne demandent plus « une compétence médicale pointue », pour répondre à la « demande de soins grandissante au regard de sa démographie et à l'évolution des technologies ». Il n'était pas question pour autant de reconnaître à ces autres professionnels une quelconque indépendance [25].

Cette conception est particulière à la France : elle est liée à l'histoire de notre système de santé. L'infirmier y est avant tout formé pour assister le médecin, qui veut bien lui déléguer des actes, et répondre aux besoins de l'hôpital d'employer une main-d'œuvre adaptée à ses souhaits.

En effet, les lieux de formation infirmière ont été créés dès leur origine, en 1883, « par les hôpitaux, pour les hôpitaux » pour répondre au sein de ces établissements « à un besoin aigu de personnes formées dans les établissements de santé » et aux besoins des médecins de « sentourer de personnels formés » [63]. Une telle conception, enfermée dans le cadre d'emploi hospitalier (supposé seul lieu de formation profitable pour les infirmiers), perdue encore sans possibilités apparentes d'évolution, sauf à créer de nouveaux métiers.

Cette conception française de l'infirmier se reflète aussi dans l'article de loi qui définit l'exercice illégal de la médecine (art. L. 4161-1 du Code de la santé publique) [56].

Selon cet article, exercerait illégalement la médecine tout infirmier qui prendrait part habituellement à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, sauf s'il agit « comme aide d'un médecin » ou accomplit des actes professionnels dont la liste est établie « par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine ».

Ainsi, l'infirmier n'est considéré que comme un « auxiliaire médical » auprès du médecin,

ou ne peut accomplir que des actes énumérés par décret de façon limitative.

Ce schéma de pensée et cette organisation ne permettent aucune évolution véritable en matière de qualification et de reconnaissance des expertises infirmières.

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » : des solutions insuffisantes

Les solutions prévues par la loi HPST — le regroupement de professionnels au sein de maisons de santé et les protocoles de coopération — permettent-elles de remédier à ces blocages ? On peut en douter.

- Le regroupement des professionnels, dans l'idée que « plus on est proche, mieux on se parle, mieux on travaille ensemble » est-il une solution qui s'impose, à l'heure du numérique et de l'Internet ? Le nécessaire partage des données ne peut-il se développer qu'au sein d'une structure physiquement regroupée ? Celle-ci correspond-elle vraiment aux besoins des patients et au rythme des soins, notamment en ambulatoire ?

- La prise en charge des patients peut-elle se réduire à un inventaire « protocolisé » des activités de chacun, dans une organisation digne de Taylor ? Peut-on « saucissonner » les éléments de la prise en charge du patient, en continuant à faire travailler les professionnels à la chaîne ?

Ces visions dépassées freinent aujourd'hui toute évolution de la profession infirmière. Elles vouent essentiellement l'infirmier, contrairement aux évolutions des autres pays européens :

- à « boucher des trous » pour pallier les défauts d'organisation du système de santé, « le manque de coordination », sans jamais évoquer la nécessaire expertise clinique et médicale ;

- à remédier à des insuffisances (alléguées mais encore à démontrer) des coopérations entre les différentes professions, sans jamais mettre à profit l'ensemble des compétences infirmières, notamment en matière de prévention, de coordination, d'évaluation globale des besoins de santé, d'éducation thérapeutique. Pourtant, paradoxalement, ces compétences sont déjà bien inscrites dans les dispositions réglementant la profession (art. R. 4311-15 du CSP).

La coopération entre professionnels de santé peut être pensée autrement, avec un contenu professionnel qui permette de donner du sens aux évolutions.

Il faut pour cela établir au plus vite, dans notre pays, un état des lieux des pratiques

soignantes actuelles, en les confrontant à ce que prévoient les textes en vigueur. Cette étude, pourtant annoncée par les rapports successifs du Pr Berland, n'a jamais été faite pour les infirmiers, contrairement aux professions médicales.

À ce jour, le ministère de la Santé n'a jamais entrepris d'observation des pratiques infirmières, ni en milieu hospitalier ni en ville, se cantonnant à une analyse sociologique du métier d'infirmier libéral, qui déplore d'ailleurs dans son préambule : « le manque encore parfois criant de précision dans la connaissance des contours mêmes de ce métier » [72].

La réingénierie du diplôme d'État d'infirmier a été effectuée sans aucune analyse préalable des évolutions desdites pratiques.

Or, dans la plupart des autres pays avancés, les évolutions ont été accompagnées de longue date par les organisations professionnelles légitimes les plus compétentes que sont les sociétés savantes ou les institutions ordinales.

Cette approche permettrait de revisiter les expertises soignantes de chacun des corps professionnels engagés dans les prises en charge, voire de découvrir des trésors d'évolution possibles dans le champ réglementaire existant. Et cela, sans s'arrêter à des susceptibilités de préséance entre les professions et les activités, mais plutôt en se centrant sur le patient et son parcours.

Une telle démarche a aussi permis de nourrir de grandes réformes des systèmes de santé nationaux, au plus près des besoins spécifiques de soins.

La question est donc de savoir si les besoins de santé des patients, que les infirmiers prennent en charge au quotidien, peuvent se contenter d'un avenir de la profession strictement conditionné par le poids de l'histoire et la place symbolique qu'elle occupe encore dans la politique de santé [28].

L'Ordre national des infirmiers, que le Code de la santé publique charge expressément de promouvoir la profession au service de la qualité des soins, ne peut envisager cet avenir ainsi. Il y travaille avec ses partenaires du Comité de liaison inter-ordres (le Clio santé), dans une perspective résolument actuelle et au service du patient. 🏥

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 65.