Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREMIER MINISTRE

Centre d'analyse stratégique

Décembre 2011
n°254
LA NOTE D'ANALYSE
Questions sociales

Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1)

Les coopérations entre professionnels de santé

À quoi ressemblera l'offre de santé en France dans vingt ans ? Les défis sanitaires sont nombreux : hausse des maladies chroniques, vieillissement de la population, évolution de la démographie médicale, etc. Pour y répondre, deux leviers d'action sont disponibles. D'une part, la télésanté, ou production de soins à distance[1]. D'autre part, la coopération entre professionnels de santé, grâce à laquelle personnels médicaux et paramédicaux peuvent développer de nouveaux modes d'exercice collectif et opérer entre eux des transferts d'activité afin d'optimiser la production de soins. En France, ces démarches sont encore marginales, notamment dans le secteur ambulatoire, car elles nécessitent de faire évoluer certains principes d'exercice libéral. Dans d'autres pays, les coopérations sont très développées dans le champ des soins primaires, mobilisant surtout médecins généralistes et infirmiers sur l'accès aux soins courants et sur la qualité de prise en charge des pathologies chroniques. Cette évolution requiert une politique volontariste de soutien aux structures pluridisciplinaires et la reconnaissance juridique des nouvelles compétences acquises. L'essor des coopérations en France, gage d'un renforcement du secteur ambulatoire, permettrait, sous certaines conditions, de mieux adapter l'offre aux besoins des patients et d'améliorer l'efficience du système de santé en réduisant le poids des dépenses hospitalières. ■

PROPOSITIONS

1. Créer un statut et un diplôme d'infirmier clinicien en soins primaires.
2. Expérimenter, dans quelques maisons de santé, une consultation infirmière de première ligne au cours de laquelle l'infirmier clinicien prendrait en charge les affections bénignes et orienterait directement, si besoin, le patient vers le médecin.
3. Instituer une consultation infirmière de suivi des patients atteints de pathologies chroniques assurée par l'infirmier clinicien.
4. Expérimenter des modes de rémunération à la performance collective qui associent aux objectifs de coordination, de qualité et d'efficience existants de nouveaux objectifs de transfert d'activités entre professionnels exerçant dans des maisons de santé.
5. Structurer l'offre de formation en soins primaires :
   - créer pour l'ensemble des étudiants en santé (filières médicale, pharmaceutique et paramédicale) un stage obligatoire de "prise en charge en soins primaires" ;
   - mettre en place un statut de professeur universitaire – praticien ambulatoire (PU-PA).

(1) Voir Reynaudi M. et Sauneron S. (2011), "Quelles opportunités pour l'offre de soin de demain ? (volet 2) La télésanté", *La note d'analyse*, n° 255, Centre d'analyse stratégique, décembre.

LES ENJEUX

Définie en France par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) en 2009[2], la coopération entre professionnels de santé renvoie à deux dimensions. D'une part, elle consiste à opérer des transferts d'activités, redéfinissant ainsi les périmètres d'intervention de chaque profession. D'autre part, la coopération conduit les acteurs à réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient, notamment en se regroupant.

Dans de nombreux pays, le développement des coopérations est présenté comme une solution pour pallier la pénurie de médecins, améliorer la qualité et la continuité des soins, maîtriser la croissance des dépenses de santé, etc. En France, leur développement semble globalement moins avancé et concerne davantage le champ hospitalier que le secteur ambulatoire. Or les coopérations pourraient constituer, sous certaines conditions, un levier efficace de restructuration de l'offre de soins primaires, soit l'ensemble des soins ambulatoires de proximité ainsi que des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Cependant, leur mise en œuvre est complexe et se heurte à de nombreux freins et résistances, qui concernent tant les professionnels que les usagers. Elle soulève d'importantes questions d'identité professionnelle, de pratiques et de rémunération. Au-delà, les transferts d'activité sont parfois perçus comme un risque pour la qualité des soins, laissant craindre l'installation, à terme, d'une médecine à deux vitesses. Ces questions appellent donc des réponses sur les plans juridique et financier mais également en matière de formation.

Alors que la France s'est récemment engagée dans la promotion des différentes formes de coopération, les expériences étrangères, plus anciennes, peuvent nourrir utilement la réflexion.

EN FRANCE, DES AVANCÉES RÉCENTES, ENCORE MARGINALES

Schématiquement, les coopérations entre professionnels de santé empruntent deux formes : un partage de tâches entre acteurs d'une part, des modes d'exercice collectif d'autre part.

Des évolutions de métiers à un stade expérimental

Au début des années 2000, l'idée de **procéder à des transferts de tâches du médecin vers d'autres professionnels de santé** est débattue. L'objectif est alors de répondre aux problèmes de démographie des praticiens (nombre et répartition géographique) en **dégageant du temps médical pour les actes où leur expertise est la plus essentielle**[3].

À partir de 2003, **une dizaine d'expérimentations de coopération** sont ainsi lancées au niveau national. Ces délégations portent sur **un acte technique identifié** (échographie, échocardiographie, etc.), **une mission préventive** *(encadré 1),* ou **un segment de prise en charge** des maladies chroniques. Par exemple, entre 2004 et 2007, des infirmières ont assuré le suivi de patients hémodialysés au centre hospitalier de Lisieux. Une fois formées, elles furent en charge de plusieurs activités auparavant dévolues aux néphrologues : évaluation clinique, surveillance des paramètres biologiques et renouvellement de la prescription sous certaines conditions.

Encadré 1

Une infirmière salariée dans des cabinets libéraux : l'expérimentation ASALEE

En 2004, l'association ASALEE (action de santé libérale en équipe) met à disposition de cabinets de médecins libéraux ou de maisons de santé une infirmière de santé publique ayant des missions de prévention et d'éducation thérapeutique. Salariée de l'association, l'infirmière assure ainsi le suivi des dossiers informatisés des patients (mise à jour, rappel d'examens, etc.) et des consultations d'éducation thérapeutique (individuelles ou collectives), pour le diabète ou l'hypertension artérielle par exemple. Lancée dans les Deux-Sèvres, ASALEE regroupe initialement 3 cabinets associant 12 médecins généralistes et 3 infirmières. Trois ans après, elle concerne 18 cabinets, soit 41 médecins et 8 infirmières et s'étend à d'autres régions (Bourgogne, Haute-Normandie, Lorraine, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes).

(2) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, article 51.

(3) C'est la perspective développée par le rapport qui a contribué à ouvrir ce débat sur les coopérations : Berland Y. (2003), *Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et de compétences,* rapport d'étape.

Ce dispositif améliore le suivi du patient, fait gagner du temps aux médecins tout en leur donnant un rôle majeur de coordination et recueille la satisfaction des professionnels impliqués[4]. Une économie relative de la consommation des soins est observée à hauteur de 10 % : si certains postes de dépenses sont en hausse (actes de biologie, d'imagerie, de kinésithérapie, etc.), on constate un moindre recours à l'hôpital, aux transports sanitaires et aux spécialistes[5].
Toutefois, cette expérimentation ne fait que concrétiser certaines pratiques jusque-là réalisées de manière informelle, les missions confiées aux infirmières n'étant pas dérogatoires au sens strict.

Peu nombreuses, ces expérimentations sont restées **l'apanage du secteur hospitalier,** au sein duquel les équipes pluridisciplinaires peuvent partager certaines missions de manière informelle. De plus, les acteurs étant salariés, un glissement d'activité n'est pas synonyme de transfert de revenu.

Les résultats de ces expérimentations ont été **satisfaisants** du point de vue de **l'attractivité des professions concernées, de la qualité des soins**[6] **et de l'efficience globale du système,** bien qu'elles nécessitent un fort investissement financier à court terme[7].

À la suite de ces évaluations positives, **la loi HPST a donné un cadre juridique au développement des coopérations. Les acteurs de santé volontaires** sont autorisés à proposer un "protocole de coopération" à leur Agence régionale de santé (ARS) qui le transmet pour avis conforme à la Haute Autorité de santé (HAS). Ces protocoles, qui reposent exclusivement sur l'initiative des professionnels, sont encore peu nombreux (le premier a d'ailleurs été signé en juillet dernier[8]), notamment du fait de la complexité des procédures administratives. Si la HAS peut, dans un second temps, étendre tout dispositif local jugé pertinent au territoire national[9], **la loi ne prévoit pas actuellement qu'elle puisse impulser d'elle-même des protocoles nationaux, ce qui semblerait pourtant de nature à favoriser la généralisation des coopérations.**

Par ailleurs, la loi HPST **ouvre des perspectives en matière d'évolution des métiers :** par exemple, les pharmaciens ont désormais le droit, sous certaines conditions, de renouveler des ordonnances, de réajuster le traitement, et se voient reconnaître un rôle d'éducation thérapeutique.

Des modes d'exercice collectif encore peu développés

Des regroupements variés, mais principalement intraprofessionnels

La coopération renvoie à un **large spectre de modes d'exercice collectif :** du cabinet formé de deux praticiens partageant le secrétariat à des équipes intégrées de soins pluriprofessionnelles.

Pour l'ensemble des acteurs de santé libéraux, **le regroupement intraprofessionnel** (entre membres d'une même profession : médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, etc.) **constitue la forme d'exercice prédominante.** Une majorité de médecins généralistes exerce actuellement en groupe dans des cabinets de petite taille (2 à 3 médecins)[10].

Le **regroupement interprofessionnel** en ambulatoire (associant des membres de différentes professions) **est moins fréquent.** Les "centres de santé", constitués d'une équipe de professionnels salariés, représentent le mode le plus ancien d'exercice pluriprofessionnel intégré[11]. Par ailleurs, les **"maisons de santé pluridisciplinaires"**[12], créées en 2007, regroupent des professionnels volontaires sous un statut libéral *(encadré 2)*. Si elles sont perçues comme une solution aux problèmes localisés de pénurie de médecins et à la hausse de la demande de soins, elles restent aujourd'hui relativement peu nombreuses (on dénombre près de 200 maisons de santé[13] et 1 700 centres de santé). Ces structures, qui présentent des **configurations variées**[14] en termes de taille et de composition, sont **inégalement réparties sur le territoire**[15].

(4) Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J. et Yilmaz E. (2008), "La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE", *Questions d'économie de la santé,* n° 136 ; Prato A. (2011), *Coopération entre professionnels de santé en médecine générale : évaluation qualitative de ASALEE Vosges par la méthode des* focus group *après deux ans d'expérience,* thèse de doctorat de médecine, faculté de médecine de Nancy.

(5) Kervasdoué J. de (dir.) (2010), *Expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmières en cabinet libéral. Analyse économique du dispositif ASALEE,* CNAM, Paris.

(6) Bourgueil Y. (dir.) (2010), "Évolution des métiers de la santé. Coopérations entre professionnels", *Actualité et dossier en santé publique,* n° 70.

(7) Elbaum M. (2007), *Les enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé,* Haute Autorité de santé.

(8) Ce protocole a été signé le 13 juillet 2011 avec l'ARS PACA. La pratique des myélogrammes par des oncologues est déléguée à des infirmiers formés spécifiquement.

(9) Celui-ci peut alors être intégré à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels concernés.

(10) Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P. et Mousquès J. (2010), "La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009", *Questions d'économie de la santé,* n° 157.

(11) Acker D. (2007), *Rapport sur les centres de santé,* ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Direction de l'hospitalisation et des soins.

(12) Dont le statut a été introduit dans le code de la santé publique par la loi du 19 décembre 2007.

(13) Beaucoup de maisons de santé sont encore en cours de création : le ministre de la Santé X. Bertrand a fixé en mai dernier l'objectif de 240 maisons existantes fin 2011 ; en 2009, on en dénombrait près de 160 (Juilhard J.-M., Crochemore B., Touba A., Vallancien G., Chambaud L. et Schaetzel F. (2010), *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement,* IGAS).

(14) Baudier F. *et al., op. cit.*

(15) En 2009, les maisons de santé semblaient plus nombreuses dans l'Est et les centres de santé étaient concentrés sur une vingtaine de départements. Juilhard J.-M. *et al.* (2010), *op. cit.* ; Acker D. (2007), *op. cit.*

Encadré 2

Une maison de santé au quotidien : l'exemple de Gacé en Basse-Normandie

Dans cette maison de santé, exercent deux médecins généralistes, quatre infirmières, trois kinésithérapeutes, une psychologue et un podologue. Chacun a conservé son statut initial, sa patientèle et son secrétariat et loue son espace de consultation. Au-delà des murs, sont mis en commun un système d'information et une messagerie électronique interne. La présence d'un médecin et d'une infirmière est assurée en continu ; une diététicienne et un dentiste offrent des consultations à temps partiel ; un chirurgien hospitalier assure ponctuellement des visites pré- et post-opératoires.
Au-delà d'échanges informels, des réunions régulières permettent une approche collective de certains cas cliniques.

Les regroupements (intra- ou interprofessionnels) améliorent la permanence des soins, les conditions de travail des professionnels[16] **et leur implication dans la formation continue.** Néanmoins, ils ne s'accompagnent **pas toujours d'évolutions des pratiques.** Dans les maisons de santé[17], les partages d'activités, quand ils ont lieu, concernent essentiellement médecins et infirmiers.

Enfin, au-delà du regroupement dans un espace de travail partagé, la coopération peut passer par la **mise en réseau de professionnels qui conservent leurs lieux d'exercice respectifs.** C'est le cas des "réseaux de santé", mis en œuvre dans les années 1990, qui visent la prise en charge coordonnée de patients pour certaines pathologies. Les **"pôles de santé pluridisciplinaires"**[18] ont pour objectif, depuis 2009, d'organiser dans un bassin de vie des cabinets médicaux et paramédicaux sur la base du volontariat. **Cette organisation multisite** s'inscrit plutôt dans une logique de coordination territoriale et **encourage encore peu l'exercice collectif.**

■ Un soutien des pouvoirs publics aux regroupements, essentiellement orienté vers les maisons de santé

Parmi les différentes incitations au regroupement des professionnels de santé[19], **la création des maisons de santé bénéficie des politiques de soutien les plus fortes.** Sur le plan juridique, a été créé le statut de "société interprofessionnelle de soins ambulatoires" (SISA) et, sur le plan financier, des aides ont été mises en place. Leur **multiplicité**[20] complique toutefois le montage du projet pour les professionnels (il dure entre 2 et 3 ans en moyenne), quelques régions ayant ouvert un guichet unique pour y remédier. Certains soulignent par ailleurs le risque que ces aides suscitent des **effets d'aubaine**[21].

Vers un essor des coopérations ?

■ Des acteurs ouverts aux pratiques collectives mais plus réticents aux transferts d'activités

Aujourd'hui, **le mode d'exercice collectif apparaît attractif.** En effet, les jeunes médecins, qui aspirent à des conditions de travail leur assurant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, s'installent surtout dans des structures groupées[22]. **Le renouvellement générationnel,** qui aura lieu dans les vingt prochaines années chez les médecins généralistes[23], sera sans doute **une véritable opportunité** pour l'essor des coopérations.

Un autre facteur positif pourrait être **la diminution du nombre de médecins généralistes et de certains spécialistes prévue** à l'horizon 2030. Si pour certains, les regroupements accroissent la désertification dans les zones déjà peu dotées en médecins, pour d'autres, l'exercice en groupe peut redonner une attractivité à ces territoires.

En revanche, **le développement des transferts de missions soulève de fortes résistances** car il touche aux identités professionnelles. Au-delà, **les usagers pourraient être réticents** à ce que des missions jusque-là assurées par un médecin puissent être réalisées par d'autres professionnels, notamment par crainte d'une prise en charge de moindre qualité.

■ Un cadre général peu propice, mais qui tend à évoluer

Plusieurs freins à l'essor des coopérations tiennent **au mode et au cadre d'exercice des professionnels de santé.** Une première difficulté découle du **colloque singulier** (relation bilatérale et protégée entre le médecin et son patient) **et du secret professionnel,** qui limitent en partie le partage d'information.

Un deuxième obstacle tient à l'**organisation des professions de santé autour du médecin.** Les autres professions, considérées comme des dérogations à ce "monopole

(16) Parmi le peu de données disponibles : Bourgueil Y., Clément M.-C., Couralet P.-E., Mousquès J. et Pierre A. (2009), "Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne", *Questions d'économie de la santé ;* Baudier F. *et al.* (2010), *op. cit.*

(17) Bourgueil Y. *et al.* (2009), *op. cit.*

(18) Qui résulte de la loi HPST de 2009.

(19) Par exemple, les médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe dans une zone éligible peuvent bénéficier d'une aide (forfait annuel correspondant à 20 % du montant total de leurs consultations et visites). Ces aides seraient peu suivies d'effet (en 4 ans, apport net de l'ordre de 50 médecins pour un coût estimé à près de 19,7 millions). Voir *Bilan de l'assurance maladie,* présenté le 14 avril 2011.

(20) Elles proviennent de l'assurance maladie, l'État, les collectivités territoriales, l'Union européenne et des financements privés (outre les professionnels, assurances complémentaires, groupes hospitaliers privés, etc.).

(21) Beauté J. (2007), *Faut-il inciter les médecins généralistes à se regrouper ?,* thèse de doctorat de médecine, université de Paris Descartes.

(22) Près de 80 % des médecins de moins de 40 ans déclarent exercer en groupe en 2009. Baudier F. *et al., op. cit.*

(23) "La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales", *Études et résultats,* n° 679.

médical", ont un périmètre d'intervention défini par une liste limitative d'actes. Les frontières entre professions sont ainsi relativement étanches, rendant délicates les coopérations[24].

Le troisième frein est lié à **l'indépendance d'exercice et à la concurrence entre acteurs libéraux.** La rémunération à l'acte constitue le dernier frein majeur, puisqu'elle implique que tout transfert d'activité se traduise par une **perte immédiate de revenu pour l'acteur qui délègue** une mission. La rémunération des professionnels a cependant fait l'objet de plusieurs aménagements récents. Pour les médecins libéraux, ont été introduits au cours des dix dernières années le forfait médecin traitant et une part de rémunération à la performance (susceptible de constituer jusqu'à 10 % de leurs revenus). Les infirmiers libéraux, quant à eux, ont vu leur rôle de coordination auprès des patients reconnu et valorisé financièrement[25]. De nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé, tenant compte d'un exercice plus collectif, sont par ailleurs en cours d'expérimentation[26].

Si les opportunités offertes par les coopérations semblent réelles, les obstacles demeurent donc nombreux. Comment d'autres pays les ont-ils surmontés ?

L'ESSOR DES COOPÉRATIONS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ OCCIDENTAUX : QUELS ENSEIGNEMENTS POUR LA FRANCE ?

La coopération comme levier de réorganisation des soins primaires

Les pays anglo-saxons et scandinaves ont poussé plus loin la logique de coopération : aujourd'hui, **les structures d'exercice collectives et pluridisciplinaires y sont ainsi prédominantes et le champ d'intervention des infirmiers particulièrement large.** En effet, ces pays ont vu dans les coopérations un moyen de répondre à une pénurie globale ou localisée de médecins, de réduire les coûts, tout en améliorant la qualité des services et l'accès aux soins.

Tout d'abord, **le regroupement** pluriprofessionnel, quelle que soit la taille des groupes[27], **optimise l'organisation du temps de travail et ainsi améliore la productivité, les conditions d'exercice des professionnels et la permanence des soins.** Par ailleurs, concernant la qualité des soins, le regroupement facilite la communication entre acteurs et, par là, contribue à **la continuité de la prise en charge.**

Ensuite, **l'évolution des rôles des professionnels de santé,** facilitée par le regroupement, **permet de mieux répondre aux besoins des usagers et des professionnels.** D'un côté, **l'accès aux soins est amélioré lorsqu'un infirmier réalise certaines activités initialement assumées par les médecins.** En effet, une telle substitution dégage du temps médical, réduisant ainsi les délais d'attente des patients. De plus, la diminution de la charge de travail des médecins offre de meilleures conditions d'exercice. D'un autre côté, **le développement de compétences infirmières complémentaires à celles des médecins (éducation à la santé, par exemple) engendre de nouveaux services,** répondant aux besoins des patients jusque-là non satisfaits.

Enfin, si certains pays ont fortement développé les coopérations, c'est qu'ils ont vu dans le regroupement et l'évolution des métiers un moyen de **renforcer les soins primaires pour améliorer l'efficience du système de santé dans son ensemble**[28]. Notons que la coopération en tant que telle n'est pas toujours source d'efficience : pour un même acte, les infirmiers passent plus de temps avec le patient qu'un médecin et la création de nouveaux services entraîne une hausse des dépenses[29]. Toutefois, réorganiser le secteur des soins primaires dégage des économies importantes. En effet, augmenter l'accès et la qualité des soins primaires **réduit le coûteux recours à l'hôpital,** le secteur ambulatoire absorbant notamment une partie de l'activité des urgences et de la chirurgie hospitalière[30]. **Les dépenses hospitalières sont ainsi diminuées** d'autant *(encadré 3)*.

Encadré 3

Construire une offre de soins primaires : l'expérience d'Almere aux Pays-Bas

En 1979, lors de la création d'une ville nouvelle, Almere, est expérimenté un nouveau modèle d'organisation des soins reposant quasi exclusivement sur les soins primaires. L'offre hospitalière étant réduite au maximum, des centres

(24) Moret-Bailly J. (2010), "L'organisation juridique des professions : logiques et contraintes", *Actualité et dossier en santé publique,* n° 70.

(25) Notons que l'introduction d'une part d'honoraires dans la rémunération au volume des pharmaciens officinaux est actuellement en discussion (projet de loi de finances de la sécurité sociale 2012, article 39).

(26) À la suite de la loi de financement de sécurité sociale de 2008 (article 44).

(27) Bourgueil Y., Marek A. et Mousquès J. (2007), "Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives", *Questions d'économie de la santé,* n° 127.

(28) Saltman R. B., Rico A. et Boerma W (2006), *Primary Care in the Driver's Seat ? Organizational Reform in European Primary Care,* European Observatory on Health System and Policies, World Health Organization.

(29) Sibbald B. (2010), "Transferts de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume-Uni et enseignements de la littérature internationale", *Revue française des affaires sociales,* 2010/3, n° 3.

(30) Hirtzlin I. (2009), *Rapport d'évaluation sur le recours à l'hôpital en Europe,* Haute Autorité de santé.

de santé intégrés délivrent les soins grâce à une équipe pluriprofessionnelle (médecins généralistes, physiothérapeutes, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, infirmiers communautaires, personnels auxiliaires et travailleurs sociaux). Les médecins assurent un service d'urgence, l'ensemble de la petite chirurgie, la pédiatrie et une grande part de l'ophtalmologie. L'ensemble des professionnels sont employés par la fondation d'Almere pour les soins de santé primaires (EVA).
En 1992, un hôpital de petite taille est créé, mais le recours à cette offre de soins secondaires reste relativement faible. Avec l'acquisition progressive de budgets, la fondation développe de nouvelles structures de soins primaires : maisons de soins infirmiers, établissements d'accueil pour personnes âgées.
Si l'expérience d'Almere s'est initialement heurtée aux résistances de certains usagers, anciens habitants d'Amsterdam pour la plupart et habitués à recourir aux soins hospitaliers, son bilan est aujourd'hui positif : création d'un réseau local de centres de santé, forte implication de ces derniers en santé publique, résultats sanitaires supérieurs à la moyenne nationale et satisfaction des usagers.

Des coopérations principalement développées dans deux secteurs d'intervention

À l'étranger, l'utilisation des coopérations pour renforcer le secteur des soins primaires s'est focalisée d'une part sur les soins courants et d'autre part sur la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

■ Améliorer la qualité et l'accès aux soins courants

Les pays les plus avancés en matière de coopération se sont fixé comme **priorité de faciliter l'accès aux soins courants,** dits de première ligne (prévention, diagnostic et traitement de problèmes de santé courants), **et d'en accroître la qualité, notamment en confiant à l'infirmier un rôle majeur.**

En effet, les infirmiers peuvent assurer **un appui technique** au médecin : soins pour plaies et autres traumatismes légers, vaccinations, etc. Au-delà, dans certains pays, ils jouent **un rôle de "triage"**[31] : ils évaluent l'état de santé du patient et, en fonction de sa gravité, assurent sa prise en charge ou le réorientent vers le médecin généraliste ou l'hôpital. **Les infirmiers deviennent alors le principal point d'entrée dans le système de soins.**

L'accès aux soins courants a été d'autant plus accru dans ces pays qu'ils ont mis en place des **structures exclusivement gérées par des infirmiers au plus proche des usagers,** offrant des horaires d'ouverture larges (7j/7 et sans rendez-vous). On parle de *Walk-in Centres* au Royaume-Uni et de *Retail Clinics* aux États-Unis *(encadré 4).*

Si ces structures ont pu faire craindre une fragmentation accrue du système[32], voire une diminution de la qualité des soins, les usagers s'estiment globalement satisfaits.

Encadré 4

Les *Retail Clinics* aux États-Unis[33]

Créées dans les années 2000, les *Retail Clinics* (ou *Convenient Care Clinics*) sont aujourd'hui près de 1 200 et pourraient être 3 200 en 2014. Ces dispensaires privés, tenus par des infirmiers qualifiés, proposent un accès simplifié à un premier niveau de soins : horaires élargis, implantation dans des lieux fréquentés, notamment dans des galeries marchandes, prestations standardisées à moindre coût. 90 % des recours concernent des motifs de gravité mineure (maux de gorge, toux, vaccinations, etc.)
Les médecins ont parfois protesté face à l'émergence de ces structures par crainte de perdre une partie de leurs revenus. Par ailleurs, certains craignaient l'instauration d'une médecine "à deux vitesses" et de moindre qualité. Toutefois, les impacts sanitaires sont positifs et les patients globalement satisfaits : l'accès aux soins, notamment aux examens de routine (prise de sang, analyse d'urine, contrôle de la tension, etc.), souvent repoussés pour des raisons pratiques, est en effet amélioré et les actions de prévention plus fréquentes. Ces structures sont aujourd'hui reconnues et intégrées dans le réseau d'offre de soins américain. À noter que leurs configurations varient selon les États : médecin référent joignable au téléphone, insertion de la boutique de santé dans un réseau de soins, etc. Le débat porte aujourd'hui sur la mise en place d'une législation fédérale.

Par ailleurs, dans ces structures, l'infirmier délivre des **messages de prévention et d'éducation à la santé.** Ainsi, leur intervention permet d'améliorer conjointement accès et qualité des soins courants.

■ Améliorer la qualité de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques

L'autre domaine où les coopérations se développent est celui des pathologies chroniques, leur prise en charge impliquant une meilleure répartition des rôles entre médecins et infirmiers et un renforcement de la planification des soins.

Traditionnellement, la prise en charge des pathologies chroniques, assurée par les médecins en ville et à l'hôpital, s'est concentrée sur la définition de la stratégie thérapeu-

(31) Bourgueil Y., Marek A. et Mousquès J. (2006), *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières – L'apport d'expériences européennes et canadiennes,* IRDES.
(32) Pollack C. E., Gidengil C. et Mehrotra A. (2010), "The growth of retail clinics and the Medical Home : two trends in concert or in conflict ?", *Health Affairs,* vol. 29, n° 5.
(33) Cet encadré s'appuie sur les travaux menées par le groupe Futuribles (2009) : *Politiques sociales : dix innovations venues d'ailleurs, Futuribles International,* chapitre 10.

tique initiale et le traitement des éventuelles complications, reléguant le suivi, pourtant essentiel, au second plan. Pour pallier cette carence et faire face à la raréfaction du temps médical, **le suivi a été confié aux infirmiers** (conseil, accompagnement et éducation thérapeutique, analyse des examens de contrôle et réajustement de la thérapeutique), les médecins se focalisant sur les missions essentiellement curatives (stratégie initiale, épisodes aigus). Les coopérations ont ainsi permis **d'utiliser au mieux les compétences** de chaque professionnel, optimisant le service fourni aux malades.

Par ailleurs, la prise en charge des patients atteints de maladie chronique requiert l'intervention d'une pluralité d'acteurs, à la fois en ville et à l'hôpital. Afin d'**améliorer la coordination** de ces professionnels, **l'infirmier s'est vu confier,** dans certains pays, **la planification des soins.** Le Royaume-Uni expérimente actuellement un nouveau statut pour les infirmiers capables d'assurer cette mission : les *Community Matrons*[34].

Dans cette double perspective d'amélioration du suivi et de la coordination des soins, les *Patient-Centered Medical Homes*[35], structures de soins primaires centrées sur la prise en charge des pathologies chroniques, se sont développées aux États-Unis *(encadré 5).*

Encadré 5

Les maisons de santé centrées sur le patient aux États-Unis

Patient-Centered Medical Home (PCMH) est un label dont les cabinets sont susceptibles de se prévaloir sous certaines conditions : soutenir activement les patients pour qu'ils se prennent en charge eux-mêmes *(patient's self management),* faire appel à des non-médecins pour gérer les soins, disposer d'un système de rappels (*reminders*) à destination des médecins pour les actes de prévention, suivre les adressages aux spécialistes ou à l'hôpital. Dans ces structures, les patients sont suivis par un médecin personnel. Celui-ci dirige une équipe qui assure collectivement la prise en charge des soins, en collaboration avec les autres composantes du système de soins (spécialités, hôpitaux, etc.) et l'environnement du patient (famille, services publics ou privés locaux, etc.). Le modèle PCMH contraste avec la stratégie américaine antérieure de *disease management,* où l'accompagnement des patients était "sous-traité" hors cabinet médical à des infirmiers indépendants, intervenant depuis des plateformes téléphoniques[36].

Deux conditions de réussite à l'évolution des professions de santé

Quel que soit le secteur concerné, deux facteurs semblent déterminants pour la réussite des coopérations : un soutien volontariste au regroupement des professionnels et la définition d'un nouveau cadre d'exercice du métier d'infirmier.

Un soutien volontariste des pouvoirs publics au regroupement pluriprofessionnel

Si, au sein d'une même profession, les acteurs tendent assez naturellement à se regrouper, ils sont toutefois **moins enclins à s'associer avec d'autres catégories professionnelles.** Ainsi, seuls les pays s'étant fortement engagés dans une **politique volontariste de soutien au regroupement pluriprofessionnel** sont aujourd'hui avancés en matière de coopération.

La Suède et la Finlande ont essentiellement favorisé l'essor de **centres de santé publics,** structures de soins primaires financées et gérées publiquement. Ce modèle a été perçu comme le meilleur moyen de rassembler au sein d'une même structure un large panel d'acteurs (médecins généralistes, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes et travailleurs sociaux). Toutefois ce mode d'organisation, fondé sur le salariat des professionnels, connaît des problèmes de recrutement, la rémunération étant plus attractive dans le secteur privé, en plein essor[37]. C'est également un problème de rémunération qui a entravé le développement des centres locaux de services communautaires dans les années 1970 au Québec, les médecins, traditionnellement rétribués à l'acte, n'ayant pas adhéré au mode de rémunération salarial.

Constatant cet échec, le Québec, sur le modèle déjà ancien du Royaume-Uni, a décidé de promouvoir le regroupement en **cabinet privé.** Ces structures sont gérées par un groupe de médecins généralistes indépendants et rémunérés à l'acte, au forfait ou à la capitation (somme allouée en fonction du nombre de patients). Ces médecins emploient des infirmiers et du personnel administratif afin de dispenser des services à la population inscrite auprès du cabinet.

L'intervention des pouvoirs publics québécois visant à instituer ce type de structure, appelé "groupes de médecine de famille" (GMF), prend la forme d'incitations à la création qui semblent relativement efficaces *(encadré 6)*[38].

(34) Bourgueil Y., Marek A. et Mousquès J. (2006), *op. cit.*

(35) Shortell S. M., Gillies R. et Frances W. (2010), "United States innovations in healthcare delivery", *Public Health Reviews,* vol. 32, n° 1.

(36) Bras P.-L. (2011), "Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis", *Pratiques et organisation des soins,* vol. 42, n° 1.

(37) Bourgueil Y., Marek A. et Mousquès J. (2007), *op. cit.*

(38) Actuellement, un GMF moyen compte 10 médecins, 2 infirmières et 2 personnes affectées au travail administratif. Voir Breton M., Lévesque J.-F., Pineault R. et Hogg W. (2011), "L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires", *Pratiques et organisation des soins,* vol. 42, n° 2.

Encadré 6

Incitations à la création des groupes de médecine de famille au Québec

L'entrée volontaire des médecins dans un GMF les engage dans une contractualisation avec l'autorité sanitaire régionale. Le GMF fournit ainsi une gamme définie de services en contrepartie de laquelle il reçoit :

- des aides financières couvrant une partie de la rémunération du personnel administratif et des frais de location d'espaces supplémentaires (environ 198 000 € par an pour un GMF moyen) ;
- une enveloppe pour l'embauche d'infirmiers qui varie selon la taille de la patientèle du GMF (correspondant, pour un GMF moyen, à l'embauche de deux infirmiers) ;
- un supplément de rémunération pour les médecins (forfait d'inscription par patient, forfait pour la garde téléphonique 24h/7j, etc., soit 200 000 € par an pour un GMF moyen).

Le modèle GMF, adapté aux valeurs professionnelles libérales (conservant une rétribution à l'acte), séduit un grand nombre de médecins. Dix ans après sa création, les GMF reçoivent plus du quart des patients québécois.

Le Royaume-Uni a connu le même succès, avec le développement des cabinets de médecine générale, mais au moyen d'**une politique plus volontariste, voire coercitive** *(encadré 7)*[39].

Encadré 7

Une politique forte de promotion des coopérations médecins/infirmiers au Royaume-Uni

Dès la fin des années 1960, dans un contexte de pénurie importante de médecins généralistes, des mesures incitatives au regroupement sont prises : suppression de la liberté d'installation, liste minimale obligatoire de 1 000 patients par cabinet, incitation financière forte à l'embauche d'un infirmier (financement public du salaire infirmier à hauteur de 70 %), et, pour les médecins généralistes qui souhaitent s'installer en groupe, mise à disposition de locaux par le *National Health Service* (NHS) et octroi d'un bonus annuel correspondant à 5 % de leurs revenus. Au début des années 1990, le regroupement médecins/infirmiers s'accélère avec la politique de *fundholding :* les médecins (au minimum 3 par cabinet), désormais gestionnaires de budget, peuvent réinvestir les marges dégagées dans l'emploi de personnel infirmier. Parallèlement, les *Primary Care Trusts* (PCTs) – réseaux groupés de cabinets médicaux privés – sont gestionnaires de l'offre de soins à l'échelon local et peuvent, en tant que prestataires de soins, embaucher du personnel soignant.

Aujourd'hui, un PCT moyen emploie entre 500 et 1 000 professionnels de santé, en majorité des infirmiers, mais aussi des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des dentistes, etc. En 2004, le principe du regroupement est consacré : la contractualisation avec le NHS se fait désormais à l'échelle du cabinet, et non plus au niveau individuel. L'introduction du paiement à la performance des médecins *(Quality and Outcomes Framework),* incitant à atteindre des objectifs de qualité, accroît encore la nécessité d'une pratique collective et pluridisciplinaire.

La tendance d'évolution de ces cabinets est à la diversification des **professionnels.** Dans le cas des *Family Health Teams* en Ontario par exemple, plusieurs autres catégories professionnelles (travailleurs sociaux, pharmaciens, psychologues, nutritionnistes, etc.) sont progressivement venues enrichir le binôme initial.

■ Une nouvelle définition des rôles de l'infirmier dans le secteur des soins primaires

Dans les pays anglo-saxons et scandinaves, à mesure que le rôle infirmier en soins primaires a pris de l'importance, les autorités publiques ont **reconnu juridiquement ces nouvelles compétences.** Ainsi, il existe dans ces pays **de nombreux statuts et niveaux de qualification (sanctionnés par autant de diplômes) au sein de la profession infirmière.** Par exemple, le Royaume-Uni dispose, dans le secteur des soins primaires, de trois catégories d'infirmiers reconnues légalement : les *registered nurses,* équivalents des infirmiers diplômés d'État en France, les *district nurses* et les *health visitors,* infirmiers spécialisés respectivement en santé publique et en soins de santé mère-enfant.

En plus de ces diplômes, plusieurs autres statuts sont en passe d'être institués : les *community matrons,* mais aussi les *nurses practitioners* pour les infirmiers ayant "des compétences nécessaires pour poser des diagnostics, prescrire et interpréter des tests diagnostics, émettre des ordonnances de produits pharmaceutiques et accomplir certains actes médicaux précis [...], le tout de manière autonome[40]". Actuellement, le diplôme qui sanctionne cette formation de niveau master est délivré par l'Ordre infirmier britannique, mais n'est pas reconnu par le ministère de la Santé. Au contraire, les États-Unis et certaines provinces canadiennes ont déjà officialisé ces **nouvelles compétences infirmières avancées,** même si la pérennité de ces nouveaux statuts est fortement conditionnée par l'évolution des systèmes de santé *(encadré 8)*[41].

(39) Au Royaume-Uni, les cabinets de médecine générale comprennent en moyenne, en plus du personnel administratif, 4 médecins généralistes et 2,4 infirmières : Bernstein D. (2008), "Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre", *Points de repère,* n° 17, Caisse nationale de l'assurance maladie.

(40) Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009), *Énoncé de position : l'infirmière praticienne.*

(41) Bourgueil Y., Marek A. et Mousquès J. (2006), *op. cit.*

Encadré 8

La mise en place d'un nouveau statut de *nurse practitionner* : récit d'un échec en Ontario

Le statut d'infirmier praticien est créé en Ontario au début des années 1970 pour répondre à une forte pénurie de médecins généralistes dans les régions reculées.
Selon le projet initial, accepté dans un premier temps par les médecins, ces infirmiers aux pratiques avancées devaient travailler au sein des cabinets médicaux en étant employés et supervisés par les médecins. Or, étant rémunérés à l'acte, ces derniers ont vu leurs revenus diminuer à mesure qu'ils déléguaient des actes aux infirmiers. Ainsi, peu de cabinets privés ont eu recours à ces infirmiers praticiens, d'autant plus qu'aucune aide n'a été prévue en ce sens.
Le début des années 1980 est marqué à l'inverse par une sensation de pléthore médicale ; les organisations professionnelles de médecins contestent alors les besoins en infirmiers dans le secteur des soins primaires et demandent l'arrêt des programmes de formation et la diminution du nombre de postes disponibles. L'initiative est abandonnée : ces infirmiers praticiens auront permis de résoudre un problème ponctuel de déficit en médecins, sans s'inscrire dans un processus de professionnalisation. Ils bénéficieront d'une reconnaissance progressive ultérieure quand leur rôle sera envisagé moins dans une logique de substitution que dans une logique de complémentarité avec l'intervention du médecin.

DÉVELOPPER ET STRUCTURER LES COOPÉRATIONS POUR RÉORGANISER LES SOINS PRIMAIRES EN FRANCE

Accélérer le développement des coopérations en France suppose, au-delà de la prise en compte du seul enjeu démographique, de les intégrer à une réflexion d'ensemble sur l'évolution de l'offre de soins primaires. Comme le soulignent les exemples étrangers, renforcer ce secteur conduit à diminuer le recours à l'hôpital, garantissant ainsi une meilleure efficience de l'ensemble de l'offre de soins.

Les leçons à tirer de l'étranger : accompagner la redéfinition des champs d'intervention des professionnels de santé

L'analyse des pratiques étrangères invite en premier lieu à définir **le juste équilibre entre la libre initiative locale des professionnels de santé et l'impulsion donnée par une stratégie nationale** visant à redéfinir les pratiques. En deuxième lieu, elle souligne l'intérêt d'une approche globale qui porte sur l'ensemble des spécialités médicales : radiologue/manipulateur radio, ophtalmologue/orthoptiste, etc. Elle montre enfin que c'est avant tout **le binôme médecin généraliste/infirmier qui constitue le pivot de la réorganisation des soins primaires.**

En France, le développement d'un tel binôme passe par **l'essor des maisons de santé et l'ouverture des cabinets médicaux aux infirmiers.** Toutefois, il pose avant tout la question de la **création d'un nouveau statut infirmier**[42].

PROPOSITION 1

Créer un statut et un diplôme d'infirmier clinicien en soins primaires.

L'infirmier clinicien de soins primaires[43] serait un **infirmier spécialisé, destiné à exercer en complémentarité avec le médecin généraliste au sein d'une maison de santé.** Ayant reçu une formation supplémentaire, sanctionnée par un **diplôme de niveau master,** il interviendrait dans deux champs spécifiques : la délivrance des soins de première ligne et la prise en charge des pathologies chroniques.

D'une part, **l'infirmier clinicien assurerait une fonction d'accueil et d'orientation du patient au sein des maisons de santé.** Il absorberait une partie de l'activité médicale en prenant en charge la résolution de problèmes de santé courants des patients consentants. Il interviendrait en matière de prévention et d'éducation à la santé. **Alors que le médecin généraliste conserverait son statut de référent, l'infirmier constituerait le point d'entrée dans le système.** Dans ce cadre, la sécurité des soins resterait assurée, l'infirmier pouvant à tout instant orienter le patient vers le médecin présent.

PROPOSITION 2

Expérimenter, dans quelques maisons de santé, une consultation infirmière de première ligne au cours de laquelle l'infirmier clinicien prendrait en charge les affections bénignes et orienterait directement, si besoin, le patient vers le médecin.

Cette expérimentation permettrait de statuer sur les conditions de formation et de rémunération de cet infirmier clinicien, sur son cadre d'intervention (activités de diagnostic, de prescription et actes techniques définis par une liste limitative) et sur son degré de responsabilité et d'autonomie par rapport au médecin (mécanismes de rétrocontrôle, etc.).

(42) Hénart L., Berland Y. et Cadet D. (2011), *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer,* Paris, La Documentation française.

(43) Berland Y. (2003), *Les coopérations des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences,* rapport d'étape.

D'autre part, **concernant les pathologies chroniques, l'infirmier clinicien assurerait le suivi régulier des malades dans le cadre d'une consultation dédiée.** Le médecin généraliste pourrait ainsi se concentrer sur la prise en charge initiale du patient et sur les complications.

PROPOSITION 3

Instituer une consultation infirmière de suivi des patients atteints de pathologies chroniques assurée par l'infirmier clinicien.

Dans ce cadre, l'infirmier clinicien :

- jouerait un rôle d'accompagnement du patient (éducation thérapeutique, conseils)(44) ;
- analyserait les résultats biologiques et réajusterait, si nécessaire, la posologie de la thérapeutique prescrite initialement par le médecin ;
- contrôlerait l'évolution des facteurs de risque et adresserait le patient au médecin spécialiste en cas de complication ;
- coordonnerait les aspects pratiques de la prise en charge du patient (prise de rendez-vous, renseignement des dossiers, etc.).

À partir de cette redéfinition des rôles de l'infirmier, un raisonnement similaire pourrait être appliqué aux coopérations impliquant d'autres spécialités.

Cependant, **la création de nouveaux statuts professionnels ne suffit pas,** à elle seule, **à faire évoluer concrètement les rôles des acteurs.** En témoigne l'exemple des sages-femmes dont on a reconnu le statut de profession médicale et qui ont obtenu une formation universitaire. Si, en secteur hospitalier, elles se voient désormais déléguer des missions autrefois dévolues aux gynécologues-obstétriciens, ce transfert d'activités reste cependant parcimonieux quand l'activité est rémunérée à l'acte.

Faire évoluer le cadre d'exercice des professionnels de santé

Premier levier : des modes de rémunération plus collectifs

Les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé, expérimentés dans les structures pluriprofessionnelles ambulatoires, **sont plus collectifs.** Ces structures reçoivent **un forfait, ensuite réparti entre professionnels,** notamment en cas d'activité coordonnée. Il est **conditionné à l'atteinte d'objectifs d'efficience, de qualité et de continuité des soins.** Si ces nouveaux modes de paiement encouragent l'essor des pratiques collectives, ils n'incitent cependant pas aux transferts d'activités entre professionnels. Dès lors, **ces transferts pourraient constituer un objectif supplémentaire** pour l'équipe pluridisciplinaire.

PROPOSITION 4

Expérimenter des modes de rémunération à la performance collective qui associent aux objectifs de coordination, de qualité et d'efficience existants de nouveaux objectifs de transfert d'activités entre professionnels exerçant dans des maisons de santé.

L'évolution des modes de rémunération, quelle qu'elle soit, devra tenter de concilier les intérêts des médecins, des infirmiers et de l'assurance maladie.

À court terme, concernant les soins de première ligne, **le maintien du principe d'une rémunération à l'acte inviterait à fixer le tarif de la consultation infirmière** et à déterminer avec les professionnels de santé les modalités de partage des économies ainsi réalisées par l'assurance maladie. La tâche se révèle complexe, d'autant plus que l'accès facilité à la consultation de première ligne pourrait être inflationniste. En outre, quelle tarification fixer lorsque l'infirmier de première ligne considère qu'une consultation médicale supplémentaire se justifie ? Concernant la prise en charge des pathologies chroniques, la nature même de cette activité invite à **privilégier un mode de rémunération au forfait.**

À plus long terme, le mode de rémunération devra profondément évoluer vers un nouveau dosage(45) : **à la rémunération à l'acte pourrait être adjointe une part significative de forfait et/ou de capitation,** voire de salariat.

Deuxième levier : un meilleur partage des données de santé

Le partage d'information sur l'état du patient, condition indispensable à l'organisation du travail en équipe, est encore limité aujourd'hui, peu intégré dans les cultures professionnelles. **L'essor d'une meilleure communication entre professionnels pourrait s'appuyer sur le développement du dossier médical personnel (DMP) et d'outils métiers(46).**

(44) Ce rôle est déjà développé dans le cadre du programme *Sophia* de l'assurance maladie.

(45) De nombreux rapports abordent ces questions, notamment : Bras P.-L. et Duhamel G. (2008), *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères,* IGAS ; Hubert E. (2010), *Mission de concertation sur la médecine de proximité,* Paris, La Documentation française.

(46) Reynaudi M. et Sauneron S. (2011), *op. cit.*

La redéfinition du cadre juridique des professions paramédicales : un troisième levier ?

Dans les pays les plus avancés en matière de coopération, le champ d'action des professionnels repose sur des missions générales plutôt que sur des tâches spécifiques. En France, la législation définit de manière détaillée les rôles des professionnels paramédicaux par des "décrets d'actes". Si certains considèrent que l'assouplissement de ce dispositif constitue un préalable au renforcement des coopérations[47], cette évolution mérite une réflexion approfondie tant les implications sont nombreuses.

En l'état actuel du droit, le développement des coopérations passe par la mise en œuvre d'un plus grand nombre de protocoles. Cette augmentation pourrait être facilitée par la simplification des procédures d'élaboration de protocoles locaux d'une part et, parallèlement, par la conception de protocoles nationaux ("clé en main") d'autre part.

Structurer une offre de formation en soins primaires

Le développement des coopérations nécessite de lever les résistances des acteurs, et de faire évoluer les cultures de l'ensemble des professionnels vers plus de transdisciplinarité. Pour cela, les professionnels devront considérer qu'ils interviennent en complémentarité plutôt qu'en substitution, en adéquation avec les besoins du patient.

La formation des professionnels pourrait constituer un levier efficace pour accompagner l'évolution des pratiques et des représentations professionnelles.

La formation initiale doit permettre de dispenser à l'ensemble des professionnels de santé **une meilleure connaissance de leurs champs d'intervention respectifs**[48]**.** À cet effet, les étudiants en santé (en filières médicale, pharmaceutique et paramédicale) pourraient suivre un **stage de "prise en charge en soins primaires".** Sur le thème d'une affection chronique particulière (diabète, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer, etc.), l'étudiant pourrait circuler entre les différentes structures de soins et observer les pratiques de l'ensemble des acteurs impliqués (médecin généraliste, infirmier libéral, kinésithérapeute, etc.).

Concernant les professionnels en exercice, **la formation continue pourrait valoriser et diffuser les bonnes pratiques de coopération à l'échelon local.**

De plus, comme observé à l'étranger, **la mise en place d'une filière de formation et de recherche en soins primaires**[49] permettrait d'approfondir les connaissances dans ce secteur et donc d'améliorer les pratiques. Au-delà, ouverte à l'ensemble des professionnels concernés, elle contribuerait à valoriser leurs rôles et à leur offrir de nouvelles perspectives de carrière.

L'importance accordée à cette filière serait symbolisée par la **création d'un statut de professeur universitaire – praticien ambulatoire,** déclinant, pour les soins primaires, le statut de professeur universitaire – praticien hospitalier. Faisant suite à la création d'un statut de chef de clinique en 2006[50], il permettrait aux médecins généralistes d'assurer, en plus de leurs activités de soins, des activités de formation et de recherche. Se pose cependant la question du financement d'un tel dispositif.

PROPOSITION 5

Structurer l'offre de formation en soins primaires :

- **créer pour l'ensemble des étudiants en santé (filières médicale, pharmaceutique et paramédicale) un stage obligatoire de "prise en charge en soins primaires" ;**
- **mettre en place un statut de professeur universitaire – praticien ambulatoire (PU-PA).**

CONCLUSION

Dans un scénario idéal, le développement des coopérations entre professionnels de santé permettra une adaptation plus fine des moyens à la gravité des pathologies. Cette restructuration de l'offre de santé suppose des modifications des modes de rémunération et de régulation démographique de l'ensemble des professionnels ainsi qu'une évolution des cultures, aussi bien de la part des offreurs de soins que des patients[51]**.**

Décembre 2011 n°254 LA NOTE D'ANALYSE

Élise Anger et Virginie Gimbert,
avec la collaboration de Mathilde Reynaudi
et de Sylvain Lemoine, département Questions sociales

(47) Delamaire M. et Lafortune G. (2011), *Les pratiques infirmières avancées. Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés,* OCDE.

(48) C'est en ce sens que de nombreuses maisons de santé accueillent déjà des internes en médecine générale, comme le préconisait le rapport de Juilhard J.-M. *et al.* (2010).

(49) À la suite notamment des mesures prises, depuis 2004, pour le développement de la filière universitaire de médecine générale.

(50) Création par l'arrêté du 25 octobre 2006 et mise en œuvre depuis novembre 2007.

(51) Remerciements : C. Baroukh (FSPF), R. Bataillon (HAS), C. Boissy (ISNAR-IMG), Y. Bourgueil (IRDES), H. Gilardi (DGOS), F. Guillaumat-Taillet (DREES), L. Jovic (ARS Île-de-France), P. Jourdain (PSLA Gacé), P.-J. Lancry (ARS Basse-Normandie), M.-A. Lautru (DGOS), M. Legmann (CNOM), D. Lenoir (ARS Nord-Pas-de-Calais), M. Lenoir-Salfati (DGOS), L. Olier (DREES), S. Pautot (DGOS), F. Pierru (CNRS), C. E. Pollack (John Hopkins School of Medecine, Baltimore), S.Salgado (DSS), P. Tisserand (FNI), P. Ulmann (CNAMTS).

DERNIÈRES PUBLICATIONS À CONSULTER

sur www.strategie.gouv.fr, rubrique publications

Notes d'analyse :

N° 253 ■ **La presse à l'ère numérique : comment ajouter de la valeur à l'information ?** (novembre 2011)

N° 252 ■ **Les financements innovants au service du climat** (novembre 2011)

N° 250 ■ **La politique climatique américaine** (novembre 2011)

N° 249 ■ **Des effets de quartier à la politique de la ville** (novembre 2011)

N° 248 ■ **Pour un développement responsable des nanotechnologies** (novembre 2011)

N° 247 ■ **De nouvelles organisations du travail conciliant égalité femme/homme et performance des entreprises** (novembre 2011)

Note de synthèse :

N° 251 ■ **Les instruments économiques au service du climat** (novembre 2011)

Retrouvez les dernières actualités du Centre d'analyse stratégique sur :

- www.strategie.gouv.fr
- centredanalysestrategique
- @Strategie_Gouv

Centre d'analyse stratégique

La Note d'analyse n° 254 - décembre 2011 est une publication du Centre d'analyse stratégique

Directeur de la publication :
Vincent Chriqui, directeur général

Directeur de la rédaction :
Pierre-François Mourier, directeur général adjoint

Secrétaire de rédaction :
Delphine Gorges

Impression :
Centre d'analyse stratégique

Dépôt légal : décembre 2011

N° ISSN : 1760-5733

Contact presse :
Jean-Michel Roullé, responsable de la Communication
01 42 75 61 37 / 06 46 55 38 38
jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr

Le Centre d'analyse stratégique est une institution d'expertise et d'aide à la décision placée auprès du Premier ministre. Il a pour mission d'éclairer le gouvernement dans la définition et la mise en œuvre de ses orientations stratégiques en matière économique, sociale, environnementale et technologique. Il préfigure, à la demande du Premier ministre, les principales réformes gouvernementales. Il mène par ailleurs, de sa propre initiative, des études et analyses dans le cadre d'un programme de travail annuel. Il s'appuie sur un comité d'orientation qui comprend onze membres, dont deux députés et deux sénateurs et un membre du Conseil économique, social et environnemental. Il travaille en réseau avec les principaux conseils d'expertise et de concertation placés auprès du Premier ministre : le Conseil d'analyse économique, le Conseil d'analyse de la société, le Conseil d'orientation pour l'emploi, le Conseil d'orientation des retraites, le Haut Conseil à l'intégration.

www.strategie.gouv.fr