

SOMMAIRE

Page 1 :	Edito
Pages 2-3 :	Développement professionnel continu, évaluation des pratiques professionnelles, coopérations professionnelles et protocoles
Page 4 :	Exemple de courrier face à un transfert de compétence illégal

Travailler à l'articulation :

- ◆ Développement Professionnel Continu,
- ◆ Evaluation des Pratiques Professionnelles,
- ◆ Coopérations professionnelles et protocoles,

pour faire grandir la vigilance face à des projets « dangereux »

EDITO

La cohérence de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires qui touche l'ensemble du champ sanitaire, social et médico-social est une véritable arme contre le secteur public.

Sa cohérence est également dans l'attaque sans précédent contre les contenus professionnels de la santé, comme du social.

Le développement professionnel continu (DPC), l'évaluation des pratiques professionnelles, les coopérations entre professionnels et les protocoles représentent les outils qui vont mettre à mal les professionnels.

L'individualisation, par le biais de l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles, conduira le professionnel à « être coupable » de ne pas respecter les pratiques normées. Quid de la réponse à une

prise en charge globale et individualisée du patient. Tout le monde dans le même moule, patients et soignants, malheur à ceux qui sortent du rang...

Sans réelle formation, des coopérations entre professions vont apparaître. Au départ, il s'agissait de « transférer les tâches fastidieuses des médecins aux paramédicaux », dit le rapport Berland.

Mais l'aspect le plus obscur de ces coopérations reste la responsabilité juridique des professionnels concernés.

Aujourd'hui, seules les coopérations validées par la Haute Autorité de Santé (HAS), sur proposition des ARS, sont réalisables, encore que la responsabilité juridique reste bien floue. Les professionnels doivent donc refuser les glissements de tâches, transferts de compétences.

Ils sont dans leur droit dès lors qu'il n'y a pas eu validation par la HAS. D'ailleurs, en cas d'incident, leur responsabilité juridique serait pleinement engagée.

Les instances représentatives des personnels ont assurément un avis à donner :

◆ **sur les formations** (via le Comité Technique d'Etablissement : CTE),

◆ **sur les conditions de travail et les organisations des conditions du travail** (via le Comité d'Hygiène, de Sécurité et de Conditions de Travail : CHSCT).

Oui, il faut abroger la loi HPST, les outils qui l'accompagnent qui visent à détruire le service public et mettre à mal les professionnels.

Philippe Le Corre

Membre du Bureau UFMIC-T-CGT

La loi HPST du 21 juillet 2009 : mettre en œuvre, au niveau régional, la politique de santé publique... réguler, orienter, organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico sociaux, et à garantir l'efficacité du système de soins... ses effets sur les personnels. Cette loi est dénoncée par la CGT qui, depuis son projet, en demande l'abrogation.

Combien de professionnels connaissent son article 51 !

Article 51 de la loi HPST ou définition d'une coopération – article L. 4011-1 du Code de la Santé Publique

La loi HPST promeut le développement de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Dans son article 51, est introduit un **processus d'autorisation dérogatoire aux conditions légales d'exercice**, permettant aux professionnels de santé « d'opérer entre eux des transferts d'activité ou d'actes de soins, ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient ».

Les protocoles de coopération qui en résultent sont autorisés par le directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS), après avis conforme de la Haute Autorité de Santé (HAS). L'ARS vérifie la cohérence avec le besoin de santé régional, avant de soumettre à la validation de la HAS : l'objectif est de garantir aux patients un accès à des soins de qualité sur tout le territoire national.

Quels sont les professionnels concernés par les protocoles de coopération, selon l'article 51 de la loi HPST ?

Les professionnels de santé concernés par les protocoles de coopération sont exclusivement ceux **inscrits à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique** : *aide-soignante, audioprothésiste, auxiliaire de puériculture, chirurgien-dentiste, assistant dentaire, conseiller génétique, diététicien, ergothérapeute, infirmier-e, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, médecin, opticien lunetier, prothésiste et orthésiste, pharmacien, sage-femme, préparateurs en pharmacie hospitalière.*

Auparavant, dans le cadre des expérimentations, la délégation de tâches s'effectuait d'une profession médicale à une profession paramédicale. Dans le cadre de cet article, toutes les combinaisons, dans la limite de la liste citée ci-dessus, sont envisageables :

- médecin / infirmier-e,
- pédiatre / sage-femme,
- médecin / pharmacien,
- gynécologue / médecin généraliste,
- etc.

La coopération entre professionnels de santé s'avère possible, quel que soit le mode d'exercice (libéral, salarié, mixte) et le cadre d'exercice (établissements de santé, maisons de santé, pôles de santé, réseaux de santé, centres de santé, cabinet médical, EHPAD, HAD, etc.).

Comment sont établis ces protocoles ?

Un groupe de professionnels promoteurs d'un projet de protocole de coopération doit définir précisément le **périmètre dérogatoire** de la nouvelle prise en charge et le **thème de la coopération** qui doit répondre à un besoin de santé, et essayer de l'améliorer, de le résoudre.

Les résultats attendus doivent être évalués en termes de qualité de la prise en charge de l'usager et d'optimisation de la dépense de santé sur le territoire d'une ARS.

C'est le DG de l'ARS qui sollicite la HAS pour évaluation du protocole : elle émet alors un avis.

Déjà, des protocoles de coopération sont validés et mis en œuvre sur certains territoires, potentiellement applicables nationalement !

En 2005, des expérimentations ont été mises en œuvre autour du transfert de compétences. Elles ont été présentées au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière. Elles concernaient des délégations entre

médecin et infirmier-e dans un service d'oncologie, médecin et diététicien-ne dans un service de nutrition Une autre a été rejetée. Au SMUR de Toulon, elle requérait la présence d'un IADE à la place d'un médecin anesthésiste réanimateur en première intention.

Il ne faut pas confondre les situations avec la coopération-collaboration qui « naturellement » existe entre professionnels pour la prise en charge des patients. Ceci, d'autant plus que leur maladie est chronique, que la situation est complexe et nécessite des échanges et collaborations entre professionnels. **Quand il y a respect des compétences propres à chaque professionnel, la coopération est non dérogatoire**, mais s'il y a transfert de compétences vers un autre professionnel, la coopération est dérogatoire ! Un protocole est alors nécessaire.

Pour la CGT, il est essentiel que tout professionnel de santé soit bien informé du contenu actualisé des textes régissant sa profession (*décret d'actes, décret de compétences, règles professionnelles, etc.*).

En effet, pour exemple, les conditions de la collaboration infirmier/ aide-soignant sont strictement réglementées. Elles portent sur le rôle propre de l'infirmier-e et intervient dans des domaines où les aides-soignants ont reçu un enseignement au cours de leur formation. La délégation de soins n'a pas d'existence légale.

Des métiers découpés en compétences

Au niveau de leur formation initiale, toutes les professions de santé sont refondées pour répondre au processus de Bologne, qui vise à unifier les systèmes d'enseignement supérieur européens. Il s'est traduit par l'instauration du système LMD (licence-master-doctorat) qui, sous couvert d'harmonisation et de possible mobilité des étudiants, a cassé le cadre national des diplômés. Le morcellement en compétences, dont certaines seront



nécessaires à tel ou tel protocole, va faciliter l'émergence de nouveaux métiers.

Dans un rapport datant d'avril 2008, alors dénoncé à l'époque par la CGT, la HAS indiquait que « *l'élaboration d'un nouveau cadre de référence professionnelles passe par la révision des 3 piliers de l'organisation des professions de santé : le système de formation, le cadre juridique et les conditions économiques d'exercice* ».

◆ La formation :

1/ La responsabilité des formations du social et du paramédical a été transférée aux **régions**, mais sans les moyens suffisants induisant pour les instituts de formation des difficultés de financement.

2/ Le contenu des programmes de formation a été profondément revisité, avec la référence aux compétences (*critères de reconnaissances individuelles*) au détriment des qualifications (*critères de reconnaissances collectives* en lien avec les grilles de salaires).

◆ Le cadre juridique :

1/ Enregistrement du diplôme, autorisation d'exercer, respect du cadre législatif pour l'exercice professionnel, discipline sont désormais confiés pour certaines professions (IDE, masseurs-kinésithérapeutes et Pédiçures-Podologues) à des ordres professionnels et non plus aux services de l'État .

2/ Transfert du sanitaire vers le social et/ ou médico social pour « *répondre aux nouveaux besoins de santé* », en favorisant l'emploi d'un personnel moins qualifié et plus précaire avec la création de « nouveaux métiers ».

◆ Les conditions économiques d'exercice :

1/ Des nouveaux modes de rémunérations deviennent possibles avec la réalisation d'actes prescrits, ou de protocoles.

2/ La mise en place de la carte de professionnel de santé permettrait de payer chaque salarié selon les actes qu'il réalise, au détriment de la prise en charge globale de la personne.

3/ Le salaire individualisé en fonction de critères libéraux de gestion devient envisageable ! D'ailleurs, dans le Journal Officiel du 10 mai 2012 est

introduit la Prime de Fonction et Résultats pour les directeurs.

Missions de la HAS :

- Evaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge,
- Rendre un avis sur les protocoles de coopération soumis par le DG de l'ARS,
- Etendre certains protocoles de coopération à tout le territoire national.

Par « nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé », la HAS entend une nouvelle organisation de tâches existantes avec une logique de **substitution**, et une répartition de nouvelles tâches dans une logique de **diversification** des activités et de développement des domaines de compétences.

Il faut repositionner ceci dans le contexte économique et les décisions politiques successives concernant les moyens attribués à la santé de la population : insuffisance de l'ONDAM*, réduction des coûts et augmentation de la « productivité », restructurations massives avec fermeture de sites, de services, tarification à l'activité, mise en place des pôles avec la polyvalence et transferts de compétences « sauvages », glissements de tâches...

Pour arriver à ces objectifs, de nombreux textes sont parus. Ainsi l'arrêté du 28 mars 2012, modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé indique que, pour les protocoles déjà autorisés dans une région autre que celle où les professionnels de santé exercent, ceux-ci soumettent leur demande au directeur général de l'ARS. Avant d'instruire la demande d'adhésion, il doit constater que le protocole répond à un besoin de santé régional. Il autorise, par arrêté, son application dans la région concernée dans le délai prévu au II de l'article 1er. Dans ce cas, l'avis de la Haute Autorité de santé n'est pas requis.

Le rôle de l'HAS est donc très important. Elle est la gardienne des méthodes qui serviront à construire les actions et les parcours de développement professionnel continu (DPC). La HAS a un rôle pivot dans le dispositif du DPC qui est en phase de déploiement et sera obligatoire au 01/01/2013.

Dans un rapport de décembre 2006, la HAS annonçait que, en cas d'erreur dans le cadre d'une coopération entre professionnel de santé, la **responsabilité** revenait au **professionnel qui a effectué l'acte délégataire**.

Dans le cadre d'un protocole de coopération, la question de la formation est essentielle !

Il faut bien définir la formation nécessaire à chaque transfert d'actes ou d'activités, ainsi que la possibilité de validation des acquis de l'expérience (VAE).

Alors, c'est quoi le DPC ?

Article 59 de la loi HPST : « *le développement professionnel continu a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé* ».

En bref, il s'agit des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) - autrement dit de l'analyse des pratiques et de la formation continue.

Cette obligation individuelle s'inscrit dans des programmes annuels ou pluri annuels et doivent se conformer à une orientation nationale ou régionale.

A la suite de ces évaluations, il va s'agir d'imposer aux professionnels des formations venant compenser les manques mis en lumière.

Avec l'EPP découle une partie des coopérations professionnelles énoncées dans la loi HPST et des protocoles en cours de validation par l'HAS. Par conséquent, ces collaborations vont acter et entériner des glissements de tâches, de fonctions qui pourront mettre les professionnels en danger, autant dans leur pratique qu'en terme de responsabilité juridique.

Frédérique Lecocq
Annick Picard
Philippe Kéravec

Membres du Bureau de l'UFMICT CGT

*ONDAM : Objectif National des
Dépenses de l'Assurance
Maladie

Vous trouverez, ci-dessous, un exemple de courrier d'un syndicat CGT à la direction d'un établissement, face à un transfert de compétences illégal.



Exemple

SYNDICAT MICT – CGT

Médecins, Ingénieurs, Cadres et Techniciens CGT

GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE

Et sa REGION

Le Havre, le 14 mai 2012

A Monsieur le Directeur Général du GHH

Copies à :

- : Directeur des soins/ coordinatrice générale
- : Chef de pôle
- : Responsable du secteur gynécologique
- : Directeur Qualité
- : Cadre de pôle
- : cadre du service

Objet : Transfert d'actes ou d'activité de soins et protocole de coopération
Consultations gynécologiques et obstétricales

Monsieur,

Dans le cadre des consultations gynécologiques, le Docteur ... souhaite organiser une délégation d'actes, à savoir déléguer à l'infirmier-e (IDE) en poste aux consultations, l'injection de sérum physiologique dans l'expendeur posé dans le sein de certaines patientes. Or, ce soin est un geste médical.

Pour la mise en œuvre de ce transfert d'acte et de réorganisation des modes d'interventions auprès des patientes, l'établissement a-t-il déposé un protocole de coopération (article 51 de la loi HPST) à l'ARS ? A quelle date ? Quelle en est sa nature ? Son contenu ? Avez-vous eu une réponse de la Haute Autorité de Santé (HAS) ? Quelle formation avez-vous mis en place pour les professionnelles IDE ? et quelle(s) information(s) avez-vous apporté aux patientes qui sont au cœur du processus et en sont les bénéficiaires ?

Toutes ces questions attendent des réponses. En aucun cas, la mise en œuvre de ce protocole ne peut être mis en place sans l'autorisation du Directeur Général de l'ARS par arrêté, pris après avis conforme de l'H.A.S.

Monsieur le Directeur, vous êtes le garant de la qualité, de la sécurité des soins et des conditions de travail. Nous vous demandons de mettre en place une démarche de coopération si cela est nécessaire. En attendant, les IDE du service de consultations gynécologiques n'appliqueront pas la prescription médicale, car cet acte est « interdit » par nos décrets de compétences et aucun protocole de coopération relevant de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 n'a été validé par l'équipe.

Dans l'attente d'une réponse, Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos salutations respectueuses.

LA CGT