

Source : Le Généraliste
Date : 25/01/2008

Numéro : 2436
Dossier : *HAS

CLAUDE MAFFIOLI MEMBRE DU COLLÈGE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Au début du mois de février, à l'issue d'une consultation publique en cours, la Haute Autorité de santé publiera une recommandation concernant les conditions de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Claude Maffioli, qui a présidé, avec Yvon Berland, le comité de suivi, en dévoile les principaux objectifs pour *Le Généraliste*.

ENTRETIEN AVEC CATHERINE SANFOURCHE.

« Nouvelle répartition des tâches et tâches nouvelles »

LE GÉNÉRALISTE. Délégation de tâches, transfert de compétences, coopération professionnelle...

Quelle dénomination avez-vous retenue pour la recommandation de la HAS ?

Claude Maffioli. Quand nous avons abordé ce sujet, sur le terrain, il y avait un brouhaha de termes, et nous avons compris très vite que, si nous essayions de choisir entre eux, nous n'y arriverions jamais, chacun étant accroché à sa définition. Et nous nous sommes dit qu'il fallait trouver un autre terme, que c'était la manière de lever le premier obstacle et de se mettre autour d'une table en oubliant ce que chacun emploie comme terme. Par ailleurs, nous avons formé un groupe juridique et, là, les experts ont été très clairs : quel que soit le terme employé, on ne peut pas déléguer une responsabilité. Même si je confie à quelqu'un d'autre que moi une partie de ma tâche, je reste responsable.

Nous avons parlé de « coopération » entre professionnels de santé, un terme que l'on retient, et de « répartition » des tâches, terme qui met tout le monde d'accord. Il peut s'agir de répartition nouvelle de tâches connues, ou de répartition de tâches nouvelles.

Sur les onze expérimentations qui ont été menées, une seule

concerne la médecine de ville et la médecine générale.

Cela augure-t-il un développement des coopérations professionnelles plutôt à l'hôpital, et plutôt avec des spécialistes ?

C. M. Oui, je le pense. Je crois qu'il est plus facile de mettre en place un système de répartition des tâches dans un service hospitalier – public ou privé – qu'en ville. À l'hôpital, les équipes sont en place, et cela se fait sans qu'on en parle. Il y a là un terreau propice au développement du travail en équipe, qui existe moins en libéral, ce que je trouve dommage. Si l'on aboutit à des modifications fortes – et nos propositions sont un bouleversement, aussi bien sur le plan législatif que sur le plan de la formation et de la rémunération –, on risque de voir le processus se développer beaucoup plus à l'hôpital qu'en ville.

Où sont les freins dans la médecine libérale ?

C. M. On le dit depuis des années, mais c'est vrai, les médecins libéraux sont moins tentés par l'exercice en groupe. C'est plus ou moins marqué selon les spécialités, mais c'est vrai. Et c'est un handicap majeur à la répartition des tâches. J'espère que, si l'on parvient à faire admettre cette recommandation par les

politiques, nous irons vers un développement de l'exercice en groupe et des maisons de santé. Je pense qu'avec ce que nous proposons, il faudra revoir complètement le système de santé, et revoir notamment le problème des réseaux. Je ne dis pas que la répartition des tâches concerne moins les libéraux, je souhaite même que ça les concerne pleinement. On résoudrait d'ailleurs ainsi une partie du problème de la répartition de l'accès aux soins.

Quelles modifications sont nécessaires pour développer cette coopération professionnelle ?

C. M. En dehors du fait que les expériences étrangères – et nos expériences en France – nous ont montré que cela pouvait être « rentable », et pas forcément au sens économique du terme, on pouvait se dire qu'on allait se contenter de « mesurette ». Mais on voit bien aujourd'hui que se pose le problème de la pérennisation des expérimentations en cours : que faire ? On peut imaginer un décret ou un texte réglementaire pour que telle expérimentation fasse l'objet d'une dérogation permanente. Mais ça n'a pas de sens de donner ce genre de dérogation pour une action qui se passe à la Pitié-Salpêtrière et pas ailleurs ! On peut aussi envisager de créer un acte

Source : Le Généraliste
Date : 25/01/2008

Numéro : 2436
Dossier : *HAS

pour une nouvelle fonction, celle d'infirmière de santé publique, par exemple, qui n'existe pas. Mais, là encore, c'est très restrictif, et l'on ne crée pas un milieu qui permette de se lancer dans la nouvelle répartition des tâches. Il faut un système qui permette d'innover de manière permanente, d'expérimenter dès qu'on a envie de le faire. Et si l'expérimentation n'est pas bonne, on n'y va pas. Le but de notre recommandation est de dire aux politiques : « *Si vous voulez mener cette politique de nouvelle répartition des tâches, il faut effectuer des transformations de fond.* » Et qui touchent trois domaines. La formation initiale en premier lieu. Là, nous avons un différentiel initial entre les médecins et les paramédicaux. Il faudra sans doute créer des échelons intermédiaires, des nouveaux métiers : où va-t-on les mettre ? Il faut qu'on ait la possibilité de les engranger immédiatement, et sans se dire : « *Nous n'avons pas de texte qui permette ça !* » Il faut faire en sorte que la formation initiale corresponde à la réalité de terrain. Cela paraît banal, et le propos n'est pas nouveau, mais l'état

REPÈRES

► **Hépto-gastro-entérologue de formation, Claude Maffioli a exercé en cabinet libéral à Reims.**

► **Président de la commission évaluation des actes professionnels à la HAS.**

► **Syndicaliste, il a été président de la Csmf de novembre 1992 à 2002, et en est toujours président d'honneur.**

► **Membre du Conseil économique et social depuis 2002.**

► **Président de l'Union nationale des associations de professions libérales (Unapl) depuis novembre 2003.**

des lieux, en réalité, le commande.

Sur le plan juridique aussi, la transformation à opérer est importante. Aujourd'hui, les médecins, ainsi que les dentistes et les sages-femmes, fonctionnent suivant une « mission » : ils ont une mission auprès du corps humain, si l'on peut dire et, dans ce cadre, ils peuvent tout faire. À l'inverse, les paramédicaux sont définis par des actes, ce qui est forcément restrictif et réducteur. Il faut sortir de cette logique, et élaborer pour les professions paramédicales des missions. C'est une révolution ! En suivant l'exemple des sages-femmes qui ont une mission, dans le cadre de laquelle elles peuvent tout faire. Avec pour seules limites les règles de déontologie édictées par leur Ordre professionnel pour qu'elles sachent quand elles peuvent agir seules ou quand elles doivent faire appel à un gynécologue ou un obstétricien. Nous demandons donc l'ouverture de ce dispositif de missions à toutes les professions paramédicales, avec la création d'ordres professionnels.

Enfin, en ce qui concerne la rémunération, il faut envisager, dans le cadre de cette répartition des tâches, un système qui allie du salariat au forfait, en passant par le paiement à l'acte, différents modes de rémunération à adapter en fonction des cas. Et il faut avoir une politique de prise en charge de tous les travaux de coordination.

Avec ces transformations, qui ne se feront pas du jour au lendemain mais selon un calendrier, on crée véritablement l'environnement nécessaire à mener une politique de nouvelle distribution des tâches. Et j'insiste : depuis qu'elle existe, la médecine évolue de façon perpétuelle, et une nouvelle répartition des tâches aujourd'hui ne peut être établie pour mille ans !

Peut-on imaginer aujourd'hui que certaines tâches des médecins généralistes puissent être déléguées ?

C. M. Il n'y a pas de délégation, mais une répartition ! L'unique expérience

libérale, Asalée, qui se déroule dans les Deux-Sèvres, est un excellent exemple de création d'un nouveau métier : l'infirmière de santé publique, qui apporte aux généralistes un élément supplémentaire dans le suivi de leurs patients. Lesquels généralistes ne considèrent d'ailleurs pas qu'on leur prend quelque chose, mais qu'on les aide dans la surveillance de maladies chroniques et dans la prévention du diabète ou de l'hypertension. Et les patients sont ravis de continuer à voir leur médecin généraliste mais, en même temps, d'avoir un contact différent avec l'infirmière de santé publique.

Un nouveau métier se crée parce que la prévention arrive, dont on ne s'est jamais vraiment occupé en France. Pourquoi n'y aurait-il pas un nouveau corps intermédiaire d'infirmières de santé publique, formé et reconnu ? Ce n'est pas un abandon d'un pan de la médecine ! Pour revenir à l'exemple d'Asalée, le médecin généraliste continue de voir ses patients, et pour le curatif et pour le préventif, mais l'infirmière de santé publique ajoute une continuité dans le suivi et l'éducation thérapeutique. Certes, on peut dire qu'on peut s'en passer, mais on peut aussi retourner chez Molière !

S'intéresse-t-on aux coopérations professionnelles à cause de la crise démographique, ou celle-là vient-elle « booster » ce dossier fort opportunément ?

C. M. Mon impression est que la crise démographique a mis en exergue ce problème. Mais il faut l'oublier ; cette réflexion sur le concept de répartition des tâches doit être indépendante des problèmes démographiques. Notre motivation doit être la meilleure qualité du service rendu au patient, dont l'organisation des acteurs autour de lui fait partie. L'erreur serait de dire : « *On manque de médecins, donc on va revoir la répartition des tâches entre professionnels de santé.* » ■