

# SOMMAIRE

## **I CLARIFIER LES ROLES RESPECTIFS DES MEDECINS ET DES PARAMEDICAUX DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADES EN VILLE**

### **A LES CONDITIONS DE FORMULATION ET D'EXECUTION DE LA PRESCRIPTION MÉDICALE**

- 1 La prescription médicale*
- 2 Le bilan paramédical*
- 3 La mise en oeuvre des soins*
- 4 L'évaluation du traitement*

### **B LES CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES DE LA MODIFICATION DES CONDITIONS DE LA PRESCRIPTION MÉDICALE**

## **II PRÉCISER LA PLACE DES PARAMÉDICAUX DANS LA COORDINATION DES SOINS**

### **A LA TENUE DU DOSSIER DU MALADE**

### **B LES RÉSEAUX DE SOINS**

### **C LA COORDINATION ENTRE LA VILLE ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉES.**

## **III PROMOUVOIR DES RÈGLES DÉONTOLOGIQUES, ADMINISTRATIVES, ET TECHNIQUES PROPRES À GARANTIR UN EXERCICE PARAMÉDICAL DE QUALITÉ**

### **A LES RÈGLES DÉONTOLOGIQUES**

- 1 Les principes généraux*
- 2 Les relations avec les patients*
- 3 Les relations avec les autres professionnels de santé*

B LES RÈGLES ADMINISTRATIVES

C LES RÈGLES TECHNIQUES

1 *Etablir des règles de bonnes pratiques paramédicales*

2 *En évaluer et en contrôler l'application*

#### **IV RÉGULER LA DÉMOGRAPHIE PARAMÉDICALE**

A DÉTERMINATION DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS NÉCESSAIRE

B MODALITES DE RÉGULATION DE LA DÉMOGRAPHIE

1 *Contrôle des flux d'installation de professionnels étrangers*

2 *Aide à l'installation en secteur libéral*

3 *Renforcement des engagements des professionnels conventionnés*

4 *Diversification des champs d'intervention des professionnels*

5 *Question de la cessation anticipée d'activité*

#### **V CRÉER UN OFFICE DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES**

A ORGANISATION DE L'OFFICE

B MISSIONS DE L'OFFICE

1 *Le suivi des professionnels*

2 *La proposition et le contrôle des règles déontologiques et administratives*

3 *La diffusion et l'évaluation de l'application des règles de bonnes pratiques paramédicales*

C POSITION DE L'OFFICE PAR RAPPORT AUX SYNDICATS PROFESSIONNELS

#### **VI AMÉLIORER LA REPRÉSENTATION DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES AUPRÈS DES POUVOIRS PUBLICS**

A RÉFORME DU CONSEIL SUPÉRIEUR DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

B REPRÉSENTATION DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES AU NIVEAU RÉGIONAL

Le présent rapport a été élaboré à l'issue de la concertation menée à la demande de la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et du Secrétaire d'Etat à la Santé, avec les représentants des infirmières et infirmiers, des masseurs kinésithérapeutes, des orthophonistes et des orthoptistes libéraux..

Il envisage les orientations susceptibles de répondre aux difficultés rencontrées aujourd'hui par les professions paramédicales pour remplir leur mission tout en favorisant une prise en charge sanitaire de qualité. Les propositions qu'il présente à cette fin visent à préciser la place des paramédicaux dans le système de soins ambulatoire, à clarifier leur rôle vis-à-vis des médecins et à leur fournir les outils de régulation de l'exercice professionnel qui font aujourd'hui défaut.

Ces orientations et propositions n'engagent que leur auteur. Certaines d'entre elles visant les règles professionnelles et leurs modalités de contrôle, concernent aussi bien les professionnels libéraux que les salariés. Les suggestions contenues dans ce rapport devront en conséquence, si elles sont retenues, être examinées dans le cadre d'une consultation plus large incluant les professionnels salariés.

Puissent-elles contribuer à une évolution du système de santé fondée sur la complémentarité des interventions des différentes catégories de professionnels, une claire définition du rôle et des responsabilités de chacun et une régulation des pratiques.

Dans le rapport l'expression professions paramédicales a été utilisée de préférence au terme d'auxiliaires médicaux. Une réflexion mériterait d'être engagée pour moderniser la terminologie retenue pour désigner professions et métiers.

## **I CLARIFIER LES ROLES RESPECTIFS DES MÉDECINS ET DES PARAMÉDICAUX DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADES EN VILLE**

Le partage des rôles entre médecins et paramédicaux est défini par les textes relatifs aux actes médicaux et aux compétences professionnelles (Textes de Santé Publique) et par les dispositions de la Nomenclature des actes admis au remboursement (Règles de la Sécurité Sociale).

Les textes relatifs aux compétences professionnelles des paramédicaux décrivent les actes susceptibles d'être réalisés par les paramédicaux. Ils distinguent pour certaines professions les actes qui peuvent être effectués sans prescription médicale, les actes qui nécessitent une prescription et ceux qui requièrent la présence d'un médecin. Pour les infirmiers, l'ensemble des actes dits techniques sont soumis à prescription médicale. Seuls peuvent être réalisés sans prescription les actes du "rôle propre" des infirmiers c'est-à-dire les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, destinés à des patients dépendants. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, tous les actes à visée thérapeutique sont soumis à prescription médicale. L'ensemble des actes des orthophonistes et orthoptistes sont soumis à prescription médicale.

Un arrêté de 1962 relatif aux actes médicaux prévoit que la prescription du médecin doit être "qualitative et quantitative", c'est-à-dire qu'elle doit porter non seulement sur la nature, mais aussi sur le volume des actes prescrits. Les dispositions générales de la nomenclature prévoient par ailleurs que seuls les actes admis au remboursement et prescrits par un médecin sont susceptibles d'être remboursés. Ces dispositions reprennent les dispositions de l'arrêté de 1962 quant au caractère "qualitatif et quantitatif" de la prescription.

Les conventions conclues entre les Caisses d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des professions médicales et paramédicales sont calées sur ce dispositif.

Ces textes sont aujourd'hui critiqués par les professions qu'ils régissent. En effet, ils indiquent mal le partage des rôles entre médecins et paramédicaux qui s'effectue dans la réalité. Ils bloquent les évolutions vers une meilleure qualité des soins et ils ne favorisent pas leur évaluation. Qu'il s'agisse des actes des infirmiers ou des actes à visée thérapeutique des professions de rééducation, la délégation opérée par le médecin reste en pratique vague même quand elle prend une forme quantifiée : prescription de dix séances de soins infirmiers, de douze séances de kinésithérapie.... Les nomenclatures ne permettent généralement pas de spécifier le contenu de ces séances. Les conditions de mise en oeuvre du bilan paramédical préalable au démarrage des soins, prévu dans les décrets de compétence de certaines professions, ne sont pas précisées ce qui rend difficile toute évaluation. Les professions paramédicales sont ainsi en principe "contraintes" par la prescription médicale en terme de nombre de séances, mais cette contrainte est très formelle dès lors que le contenu des séances n'est pas spécifié. Les éléments constitutifs de la collaboration entre médecins et paramédicaux qui fonctionne souvent en pratique ne sont pas pris en compte dans les textes de façon cohérente.

Ces imperfections sont particulièrement gênantes dans l'exercice libéral en ville. Dans un établissement de soins, l'organisation propre à la structure permet de pallier partiellement les lacunes des textes en codifiant les procédures de soins. Rien de tel chez les professionnels isolés. C'est d'ailleurs à cette carence qu'entendent répondre certains projets de "réseaux de soins".

Le moment semble venu de modifier les textes pour mieux préciser le rôle de chaque catégorie de professionnels, quand les progrès thérapeutiques, le raccourcissement des durées de séjour hospitalier et les aspirations des patients conduisent au développement de la prise en charge à domicile des malades chroniques et des personnes dépendantes. La redéfinition des activités est un préalable essentiel à la généralisation de la pratique de soins coordonnés, qu'elle prenne la forme de réseaux ou de toute autre organisation collective.

## **A Les conditions de formulation et d'exécution de la prescription médicale**

Les principes qui, dans le Code de la santé publique, fondent les relations entre médecins et paramédicaux doivent être conservés. La prescription médicale décide obligatoirement de l'intervention paramédicale dans les cas prévus aujourd'hui par les textes (actes techniques des infirmiers et actes "du rôle propre" lorsque leur remboursement est demandé, actes des masseurs kinésithérapeutes à visée thérapeutique, ensemble des actes des orthophonistes et des orthoptistes). Mais, sa formulation et son exécution devraient obéir à un protocole nouveau :

### ***1 La prescription médicale***

La prescription du médecin décide de l'"intervention d'un paramédical" (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste ou orthoptiste) mais non de la nature des actes que ce dernier est amené à réaliser. Toutefois, si le médecin le souhaite, il peut préciser sa prescription en liaison, avec le paramédical. Celui-ci est alors lié par le contenu de cette prescription.

### ***2 Le bilan paramédical***

Le paramédical qui reçoit le patient réalise un "bilan paramédical". Le bilan comporte le diagnostic des déficiences et incapacités, la détermination des objectifs de soins et le plan de soins retenu.

A l'occasion du bilan, le paramédical peut, en accord avec le médecin prescripteur, ne pas entreprendre de traitement, compte tenu de l'état du patient.

Sauf indication expresse du médecin, le paramédical prescrit les matériels, produits et petits appareils requis par les soins qu'il dispense (tels sondes, pansements, appareils de contention, pommades...). Cette prescription faite aujourd'hui par le médecin, n'est pas toujours à même de déterminer ce qui sera le mieux adapté aux soins que le paramédical effectue et au malade qui les reçoit.

### ***3 La mise en oeuvre des soins***

Le bilan paramédical est transmis :

- pour information au médecin traitant et pour les éléments susceptibles de lui être transmis, au malade,
- pour accord au service médical de la Caisse d'assurance maladie compétente (dans le cadre de l'entente préalable ou du dispositif qui remplacera cette formalité si elle est réformée).

L'accord de la Caisse, explicite ou tacite (à l'issue du délai prévu par les textes), suffit au paramédical pour mettre en oeuvre son plan de soins.

Si en cours de traitement, le paramédical juge opportun de modifier le plan de soins, il doit en informer le malade et le médecin traitant. Il peut, si l'état du malade le justifie, interrompre le traitement en accord avec le médecin traitant.

La procédure relative à la mise en oeuvre des soins peut être adaptée selon les professions concernées. Le Projet de soins infirmiers mis au point par les syndicats représentatifs des infirmiers libéraux et les Caisses d'assurance maladie pour les actes "du rôle propre" prévoit l'accord préalable du médecin traitant sur le plan de soins

élaboré par l'infirmier. Il n'est pas remis en cause. En revanche, les professions de rééducation souhaitent quand il existe la suppression de cet accord.

Qu'un accord préalable du médecin traitant, soit ou non prévu, le bilan et en particulier le plan de soins doivent permettre en cours de traitement et à l'issue de celui-ci, un contrôle du malade et du médecin traitant. A cette fin, la nomenclature descriptive des actes paramédicaux doit comporter un niveau de détail à la fois suffisant et pertinent (donnant le contenu des "séances" c'est-à-dire les types de soins réalisés et recourant notamment à la notion de temps requis pour la réalisation des différents actes).

#### **4 L'évaluation du traitement**

La nécessité d'une éventuelle prolongation du traitement suppose l'accord du médecin traitant. La décision est prise au vu de l'évaluation par le paramédical des résultats obtenus à l'issue du traitement par rapport aux objectifs initialement fixés.

L'évolution proposée nécessite les adaptations suivantes de la réglementation :

- modification des décrets de compétence paramédicaux afin d'y intégrer, lorsque ce n'est pas le cas, le bilan, le diagnostic paramédical et le droit de prescrire les matériels, produits et petits appareils requis par les soins paramédicaux (en renvoyant à des listes fixées par arrêté)
- modification des textes de Santé Publique (arrêté de 1962 notamment) et des dispositions générales de la nomenclature de remboursement afin de supprimer la notion de "prescription qualitative et quantitative" et de ne conserver que la notion de prescription.
- adaptation de la nomenclature descriptive des actes afin de permettre la formulation de démarches de soins paramédicales précises et contrôlables par le malade et le médecin traitant.

### **B Les conséquences économiques de la modification des conditions de la prescription médicale**

L'auteur du rapport et le groupe de travail qu'il a présidé, n'étaient pas mandatés pour étudier les questions économiques examinées par ailleurs dans le cadre de la mission de M. François Stasse. Les professions paramédicales ont été associées aux travaux de cette mission concernant le partage de l'information, la régulation des dépenses de ville et les modes de rémunération. Aussi, le présent rapport se contente-t-il d'examiner les conséquences économiques à tirer de la modification des conditions de la prescription médicale qu'il suggère.

La responsabilité économique des paramédicaux correspondant à leur part d'initiative dans la délivrance des soins paramédicaux (diagnostic paramédical, plan de soins, évaluation) est

à distinguer de la responsabilité économique des médecins correspondant à leur activité de prescripteurs. Cela ne conduit pas nécessairement à la constitution d'enveloppes financières closes pour chacune des professions paramédicales exerçant en ville.

Mais il conviendrait de prévenir les dérives individuelles toujours possibles. La formule présentée par le Pr. Revel dans sa proposition de refonte de la nomenclature de kinésithérapie pourrait être retenue et figurer soit dans les textes relatifs aux nomenclatures soit dans les textes conventionnels. Elle consiste à plafonner pour chaque type d'indication le nombre de "séances" ou d'"actes" que le professionnel peut déterminer par le plan de soins. Au-delà, la poursuite du traitement ne peut se faire qu'avec l'accord du médecin traitant sur la base du bilan paramédical.

Il conviendrait également, d'envisager des formes d'encadrement en les limitant aux actes pour lesquels des dérapages sont à craindre.

Les différentes phases de la démarche de soins dont la formalisation est proposée (bilan, mise en oeuvre du plan de soins, évaluation) s'accommodent aussi bien d'une rémunération forfaitaire correspondant à la prise en charge globale d'un malade ou d'une pathologie que d'une rémunération détaillée "à l'acte". On soulignera que plus la rémunération sera globale et forfaitaire, plus il sera nécessaire de demander au professionnel de fournir le détail des actes effectués.

## **II - PRÉCISER LA PLACE DES PARAMÉDICAUX DANS LA COORDINATION DES SOINS**

La coordination des interventions des différents professionnels et établissements de santé est à l'ordre du jour. Elle est le complément logique de la clarification des rôles de chacun. La place des paramédicaux est centrale dans plusieurs situations comme la prise en charge à domicile des malades chroniques et des personnes âgées dépendantes.

### **A La tenue du dossier du malade**

Le dossier du malade est l'instrument essentiel de la coordination des soins. Des travaux en cours visent à constituer à terme un "dossier unique" du malade ambulatoire regroupant toutes les informations le concernant. Ce dossier serait tenu par le médecin traitant. L'informatique doit permettre son alimentation par les différents professionnels tout en laissant à chacun un accès sélectif aux informations qu'il contient en fonction de ses besoins et de ses compétences. Chacun détient ainsi un dossier-reflet pour la partie qui le concerne. L'existence d'un "cahier au chevet du malade" pour les malades pris en charge à domicile, est également souhaitable.

Dans ce cadre, il importe que les informations concernant les soins paramédicaux soient formalisées et leur suivi assuré. Les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé relatives à la tenue du dossier de soins infirmiers en ambulatoire vont en ce sens (ANAES Juin 1997). La mise en oeuvre de ces

recommandations mériterait d'être généralisée.

Il serait souhaitable que cette mise en oeuvre soit, comme prévu, complétée dès 1999 par des recommandations concernant la tenue du dossier de soins en rééducation ambulatoire (pour les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et les orthoptistes).

Par ailleurs, il serait bon d'étendre à l'ensemble des professions paramédicales étudiées dans le cadre de ce rapport, lorsque ce n'est pas prévu notamment à l'occasion du bilan, la disposition figurant dans le décret de compétence des infirmiers qui prévoit que l'infirmier "communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution"

### **Les réseaux de soins**

Un réseau de soins est une forme d'organisation visant à coordonner l'intervention de différents professionnels ou établissements de santé auprès d'un ensemble de patients. Ces réseaux peuvent être constitués sur une base territoriale, autour d'une pathologie ou autour d'un problème de santé.

Dans tous les cas, ils devraient comporter trois éléments :

- la détermination du rôle de chaque intervenant,
- un système d'information partagé,
- une normalisation des pratiques professionnelles, par la mise en oeuvre de référentiels.

Les paramédicaux sont partie prenante dans l'organisation des réseaux, en particulier lorsque ceux-ci visent la prise en charge de certaines dépendances et pathologies chroniques (réseaux gérontologiques, réseaux oncologiques, réseaux de soins palliatifs...). Il est pour cette raison nécessaire d'étendre le champ des dispositions législatives qui permettent l'expérimentation de formes innovantes d'organisation des soins sous le contrôle de la Commission présidée par M.Soubie.

Ces dispositions prévoient la possibilité de déroger aux règles de droit commun régissant la rémunération des médecins. Une possibilité analogue devrait être prévue pour les professions paramédicales.

La place relative des différents professionnels de santé dans les nouvelles formes d'organisation des soins est une question à débattre. Les expérimentations devraient être l'occasion de préciser les avantages et les inconvénients des différentes options envisageables : réseau de soins hiérarchisé à partir d'un médecin, d'un infirmier ou d'un autre paramédical donneur d'ordres ou coordonnateur, réseau de soins non hiérarchisé fondé sur une définition et sur une gestion collective des règles appliquées au sein du

réseau par l'ensemble de ses intervenants.

Il conviendrait que les textes relatifs aux compétences des paramédicaux leur reconnaissent explicitement le droit de jouer un rôle de coordination dans la délivrance des soins.

### **C La coordination entre la ville et les établissements de santé publics et privés**

Une bonne coordination des interventions des professionnels exerçant en ville et des établissements de santé améliore sensiblement les conditions d'hospitalisation des patients et des sorties d'hospitalisation.

Les paramédicaux libéraux doivent être partie prenante de cette coordination au même titre que les médecins et il serait souhaitable de formaliser leurs droits et obligations dans la gestion des entrées en établissement et des sorties d'établissement. Pour éviter des charges supplémentaires par l'instauration de nouveaux documents de liaison, la tenue et la transmission des éléments utiles du dossier de soins du malade sont essentielles. Il serait souhaitable également que, dans chaque établissement de santé, soit identifiée une structure, distincte des services de soins et spécifiquement chargée d'assurer l'interface entre la ville et l'établissement. Elle aurait toute son importance quand le malade a été traité au cours d'un même séjour, dans plusieurs services ou par plusieurs équipes médicales.

## **III - PROMOUVOIR DES RÈGLES DÉONTOLOGIQUES , ADMINISTRATIVES ET TECHNIQUES PROPRES À GARANTIR UN EXERCICE PARAMÉDICAL DE QUALITÉ**

A la différence des professions médicales, les professions paramédicales sont dépourvues de textes spécifiques fixant les règles déontologiques, administratives et techniques encadrant leur exercice. Seules les règles relatives aux fautes, abus et fraudes relevés à l'occasion des soins donnés aux assurés sociaux s'appliquent à l'ensemble de ces professions sous le contrôle de l'ordre des médecins. S'y ajoutent pour certaines professions quelques dispositions particulières de nature réglementaire ou conventionnelle (c'est le cas essentiellement pour les infirmiers). Cette lacune est cruellement ressentie par les paramédicaux qui se trouvent ainsi privés des moyens d'assurer les contrôles indispensables à la promotion d'un exercice de qualité. Il est aujourd'hui nécessaire d'accéder à leur vœu maintes fois exprimé d'être dotés de tels textes.

### **A - Les règles déontologiques**

Elles sont précisées pour les infirmiers par un décret de 1993 (lui-même pris en application d'une loi de 1980). Un projet de loi élaboré en 1991 avait prévu de doter les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues de règles de déontologie professionnelle. Ce projet n'a pas abouti.

Les règles édictées pour les professions paramédicales n'ont pas de raison de différer dans

leurs principes des règles applicables aux professions médicales. Ces règles doivent être pour l'essentiel communes à l'ensemble de ces professions sous réserve d'adaptations sur quelques points particuliers propres à l'une ou à l'autre. Elles doivent concerner tous les professionnels aussi bien salariés que libéraux. On en rappelle ici les grandes lignes sans prétendre à l'exhaustivité :

### ***1 Les principes généraux***

Le premier de ces principes est la primauté de la personne humaine et l'interdiction de toute atteinte à sa dignité. Les autres visent : l'action dans l'intérêt du patient, la neutralité du professionnel dans la prise en charge d'un patient quels que soient son sexe, son âge, son appartenance à une ethnie, sa religion ou ses moeurs, la liberté du patient dans le choix d'un professionnel de santé et la continuité des soins. A ces principes s'ajoutent traditionnellement l'obligation d'assistance aux personnes en péril, le respect du secret professionnel, les notions de responsabilité personnelle et de probité, ainsi que des principes spécifiques concernant la prise en charge des mineurs.

### ***2 Les relations avec les patients***

Les principes généraux sont toujours complétés par un premier corps de règles plus précises concernant l'information du malade (y compris en matière de lutte contre la douleur), la limitation des risques par le strict respect des règles d'hygiène et d'élimination des déchets, l'utilisation appropriée des médicaments, produits et matériels et les conditions de la participation aux recherches biomédicales.

### ***3 Les relations avec les autres professionnels de santé :***

Le deuxième corps de règles qui complète habituellement les principes généraux de la déontologie vise les relations des professionnels entre eux. Il traite de la bonne confraternité et en particulier du compérage, du respect de l'indépendance professionnelle, de l'abus de position du fait de l'exercice de la profession, des conditions de salariat d'autres professionnels de santé, et des clauses de non concurrence, notamment après un remplacement.

## **B Les règles administratives**

Les paramédicaux qui exercent à titre libéral ne disposent que de textes extrêmement lacunaires sur les modalités d'exercice de leur profession. Les manques les plus criants portent sur le remplacement, la collaboration entre professionnels, la succession d'un professionnel décédé, les lieux d'exercice, l'interdiction de l'exercice commercial et les conditions de publicité pour les professionnels non conventionnés. Pour y pallier, des dispositions sont parfois incluses dans les conventions conclues avec les Caisses d'assurance maladie. Le plus souvent les syndicats professionnels s'efforcent de trouver dans le droit commun (civil ou fiscal) des solutions aux difficultés rencontrées par leurs adhérents.

Une réflexion globale sur l'organisation des soins et les conditions d'exercice en découlant manque à l'évidence. Certaines dispositions anciennes mériteraient ainsi d'être

revues telles le décret de 1965 relatif à l'orthophonie (qui permet à un orthophoniste libéral d'avoir son lieu d'exercice dans une enceinte scolaire).

Pour préciser rapidement ces règles nécessaires et très techniques, il serait souhaitable de constituer une mission temporaire de juristes chargée de proposer au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et au Secrétaire d'Etat à la Santé, après consultation des experts des organisations professionnelles, une approche d'ensemble et les projets de textes correspondants, à soumettre avant l'automne 1999 à la concertation avec les professionnels.

## **C Les règles techniques ou règles de bonnes pratiques**

Aucune profession paramédicale ne dispose aujourd'hui de règles de bonnes pratiques couvrant l'ensemble de son activité. Des travaux parcellaires existent, menés par les infirmiers avec l'ANAES pour l'élaboration du dossier de soins infirmiers en ambulatoire, menés par les masseurs-kinésithérapeutes avec l'ANAES et les Caisses d'assurance maladie pour préparer des références opposables en matière de kinésithérapie, menés plus ponctuellement encore par des groupes de professionnels (orthophonistes, orthoptistes par exemple) pour certains types d'actes. Il faut donc :

### ***1 Etablir les règles de bonnes pratiques paramédicales***

Il existe des règles de bonnes pratiques médicales qui visent les conditions de prescription par les médecins de l'intervention des paramédicaux. Certaines sont opposables aux médecins en application de la convention médicale. Les règles de bonnes pratiques paramédicales visent l'intervention propre du paramédical dans l'établissement de son diagnostic, la définition et la mise en oeuvre du plan des soins paramédicaux.

La pauvreté des données d'évaluation de ce type de soins, à l'exception des soins techniques infirmiers, rend difficile la mise au point de telles règles. Des études dans ce domaine constituent un préalable nécessaire. Ces règles ont vocation à s'appliquer à toutes les formes d'exercice, aux professionnels libéraux et à ceux qui exercent à l'hôpital.

### ***2 En évaluer et en contrôler l'application***

Il appartiendra aux paramédicaux d'évaluer eux-mêmes l'application des règles de bonnes pratiques paramédicales. A cette fin, il serait souhaitable de mettre en place des professionnels évaluateurs auprès de l'Office interprofessionnel dont la création est proposée par le rapport, à l'instar de ce qui est prévu dans le cadre des Unions régionales de médecins libéraux.

Il appartient aux Caisses de sécurité sociale d'organiser des contrôles portant sur les règles dites "références opposables" retenues par les conventions conclues entre les syndicats professionnels et les Caisses d'assurance maladie. Pour en assurer le contrôle, il serait souhaitable d'intégrer au Service médical des Caisses d'assurance maladie des paramédicaux conseils, car aujourd'hui le service de contrôle des Caisses est exclusivement composé de

médecins, dentistes et pharmaciens-conseils.

#### **IV RÉGULER LA DÉMOGRAPHIE PARAMÉDICALE**

Les syndicats paramédicaux libéraux sont unanimes à trouver l'adaptation de leur démographie aux besoins de la population mal assurée. En masso-kinésithérapie l'excès d'offre est dénoncé, encore accentué par l'installation de professionnels venus de l'étranger. En orthophonie, des carences empêcheraient de répondre de façon satisfaisante à l'ensemble des besoins. Tous soulignent les déséquilibres qui opposent le Nord et le Sud de la France et les manques dont souffrent certaines zones rurales ou certains quartiers difficiles. Cependant, comme d'ailleurs pour les autres professions de santé, on ne dispose aujourd'hui d'aucune analyse d'ensemble permettant d'étayer une vision prospective de la démographie des professions concernées.

Les références internationales sont en outre de peu d'utilité au cas d'espèce, car, sauf pour les infirmiers dans aucun pays étranger ne s'est développé comme en France, un exercice paramédical ambulatoire libéral. Dans ces pays, les paramédicaux exercent soit à l'hôpital, soit de façon marginale comme salariés des médecins de ville.

##### **A Détermination du nombre de professionnels nécessaire**

A la question : combien faut-il d'infirmiers, de masseurs kinésithérapeutes, d'orthophonistes, ou d'orthoptistes pour répondre aux besoins de la population, il n'y a pas de réponse, si ne sont pas précisés :

*1) Des procédures de soins suffisamment normalisées*, en d'autres termes des références de pratique professionnelle permettant de traduire un "état de santé" observé en une "quantité de soins" à délivrer (que l'on qualifie de "besoins de soins"). C'est uniquement quand des procédures standard c'est-à-dire des références de bonne pratique paramédicale, définiront les actes, le personnel nécessaire et le temps moyen requis pour rééduquer par exemple un hémiplégique, que l'on pourra déduire du nombre d'hémiplégiques, le volume des soins nécessaires à leur rééducation.

*2) L'organisation des soins*. Les choix possibles en ce domaine sont multiples en fonction de la proximité de l'offre de soins, du degré de disponibilité souhaités à l'égard du malade et du partage des rôles entre les différentes catégories de professionnels.<sup>1</sup>

Pour les professions de rééducation, les choix relatifs à la place respective des établissements (centres de rééducation notamment) et des professionnels libéraux revêtent une importance capitale. Il en est de même pour les infirmiers libéraux, des choix

concernant les rôles respectifs des professions sanitaires et des professions sociales dans la prise en charge des activités d'aide à la continuité de la vie (pour les personnes dépendantes).

Cette analyse suppose réglée préalablement la question de la régulation de l'activité médicale qui initie la prescription. Une réflexion méthodologique sur l'estimation des besoins en professionnels compte tenu des besoins de santé (estimés à partir notamment de l'épidémiologie) pourrait être demandée à une équipe de recherche en économie de la santé travaillant en lien avec l'ANAES.

## **B - Modalités de régulation de la démographie**

Le seul élément de contrôle des effectifs est aujourd'hui le nombre de places offertes dans les centres de formation. Les pouvoirs publics fixent le nombre d'élèves et d'étudiants pour chaque profession (à l'exception des orthoptistes). Une fois leur diplôme obtenu, ceux -ci choisissent librement leur mode d'exercice (salarié ou libéral) et leur lieu d'installation.

A ces professionnels formés dans les écoles et les universités françaises s'ajoutent des professionnels qui, formés dans les Etats membres de l'Union Européenne, demandent ensuite à exercer en France. Les textes communautaires leur garantissent en effet un droit de libre installation dès lors qu'ils sont titulaires de diplômes équivalents aux diplômes français, garantissant la qualité de leur formation.

Certaines professions souhaiteraient des formes d'intervention publique plus contraignantes que le contrôle existant aujourd'hui. C'est le cas essentiellement des masseurs kinésithérapeutes confrontés à une offre de soins ambulatoires très certainement excédentaire au regard de la demande solvable. Ils souhaiteraient la mise en place de mesures encadrant les possibilités d'installation et un conventionnement des Caisses d'assurance maladie réservé à un nombre limité de professionnels. Ils souhaiteraient aussi que soit mis fin au détournement du numerus clausus par le nombre croissant d'étudiants qui vont se former en Belgique pour revenir ensuite exercer en France.

Les dispositifs évoqués pour parvenir à un contrôle plus strict, carte sanitaire ou limitation du conventionnement, présentent de graves inconvénients. L'expérience montre que de tels dispositifs sont nécessairement rigides et bureaucratiques. Ils augmentent la valeur du patrimoine des professionnels déjà installés et renchérissent le coût d'entrée dans le système pour les jeunes. Leur mise en oeuvre est extrêmement délicate parce qu'elle suppose la gestion de listes d'attente ou des sélections fondées sur des critères problématiques, pour accéder à l'installation ou au conventionnement. Enfin, leur rigidité même les rend impuissants à garantir une bonne adéquation de l'offre aux besoins.

Aussi, leur mise en place ne peut-elle constituer qu'un pis-aller en attendant une régulation effective qui doit porter sur la prescription médicale et les volumes de soins en s'appuyant sur le contrôle des pratiques. Il est à craindre que, s'ils étaient institués, ils aient pour seul effet d'ajouter de nouveaux dysfonctionnements à ceux aujourd'hui constatés. De la régulation des volumes de soins doit résulter l'ajustement démographique et non l'inverse.

Dans le cadre actuel, la régulation de la démographie des paramédicaux libéraux pourrait être améliorée par les mesures suivantes :

### ***1 Contrôle des flux d'installation de professionnels étrangers***

En 1997, 151 autorisations d'exercer la profession de masseur-kinésithérapeute ont été délivrées à des titulaires de diplômes communautaires dont 89 % à des titulaires de diplômes belges (pour la majorité d'entre eux de nationalité française). Cet effectif représente environ 10 % du quota annuel d'entrée dans les écoles de massokinésithérapie françaises. En 1997, 65 autorisations d'exercer la profession d'orthophoniste ont été délivrées à des titulaires de diplômes communautaires dont 97 % à des titulaires de diplômes belges, soit un effectif équivalent à environ 14 % du quota annuel d'entrée dans les formations françaises d'orthophonie.

Préoccupé par cette situation, le Ministère de la Santé s'est rapproché de la Commission européenne. Celle-ci considère que le problème doit être traité par les Etats concernés.

Elle n'entend pas modifier sa doctrine sur la reconnaissance mutuelle des diplômes et les conséquences à tirer des principes de libre circulation et de libre établissement édictés par le Traité de Rome<sup>2</sup>.

La récente décision du gouvernement français de saisir les autorités belges est, dans ces conditions, certainement la façon la plus appropriée d'aborder le problème.

En attendant que les négociations engagées avec les autorités belges aboutissent, il serait souhaitable que les autorités françaises s'attachent à opérer une comparaison très fine du contenu des formations belges et françaises. Chaque fois, que la formation acquise n'est pas strictement équivalente de la formation française, les demandeurs doivent effectuer un stage de formation complémentaire et subir des épreuves dans les matières jugées déficitaires, avant d'être autorisés à exercer leur profession en France

### ***2 Aide à l'installation en secteur libéral***

Afin que le jeune professionnel dispose de toutes les informations nécessaires pour réussir son installation, plusieurs mesures sont envisageables :

- prévoir, en cours de formation, des stages auprès des professionnels libéraux reconnus comme "maîtres de stage", à l'instar de ce qui a été récemment réalisé pour les médecins,

---

<sup>2</sup> Tout citoyen a le droit d'acquérir des connaissances professionnelles dans l'Etat de son choix. Les ressortissants d'un Etat membre doivent être assimilés aux ressortissants communautaires lorsqu'ils ont résidé régulièrement dans un autre Etat membre et y ont acquis une qualification professionnelle reconnue. Ils peuvent donc revenir s'installer librement dans leur Etat d'origine alors même que celui-ci a institué un numerus clausus national pour l'accès à la qualification considérée.

- confier à l'Office interprofessionnel que le rapport propose de créer, une mission active d'information des jeunes à la sortie des écoles.

Ces simples mesures favoriseraient certainement une répartition territoriale plus harmonieuse des professionnels de chaque catégorie.

### ***3 Renforcement des engagements des professionnels conventionnés***

Actuellement, tout professionnel s'installant est conventionné par les Caisses d'assurance maladie, sans autre condition que d'avoir son diplôme. La seule exception concerne les infirmiers libéraux qui doivent avoir une expérience préalable de trois ans dans une structure de soins.

La règle applicable aux infirmiers n'est pas susceptible d'être étendue aux autres professions chez lesquelles l'exercice salarié est minoritaire. Toutefois, il serait souhaitable de prévoir pour l'ensemble des professions un renforcement des engagements à remplir par le professionnel qui souhaite être conventionné par les Caisses d'assurance maladie. Tout professionnel conventionné pourrait s'engager à se soumettre à des obligations de formation continue et de contrôle de ses connaissances, à accepter une évaluation régulière de sa pratique, à avoir enfin une certaine disponibilité vis-à-vis des malades et à participer à la gestion du dossier du malade.

### ***4 Diversification des champs d'intervention des professionnels***

La régulation de la part non remboursable de l'activité des paramédicaux, s'effectue automatiquement auprès de la population solvable selon les lois du marché. Elle constitue un "volant" régulateur important pour amortir d'éventuelles désadaptations temporaires entre l'offre et les soins prescrits pour lesquels un remboursement est demandé.

Certaines des activités s'exerçant hors du champ de remboursement sont appelées logiquement à se développer et pourraient bénéficier de financements accrus d'autres acteurs que l'assurance maladie : entreprises, collectivités locales, etc. Il s'agit en particulier d'actions de prévention ou de promotion de la santé. Une réflexion est à mener sur la façon dont ces activités devraient prendre place dans le cadre de la politique générale de développement de la prévention collective et de la promotion de la santé. Il est certain que ces activités mériteraient d'être organisées et valorisées de façon beaucoup plus systématique que ce n'est aujourd'hui le cas.

### ***5 Question de la cessation anticipée d'activité***

Pour diminuer la pression sur l'offre de soins libérale, les masseurs kinésithérapeutes souhaiteraient la mise en place d'un dispositif de retraite anticipée analogue au MICA des médecins.

Ils sont rejoints dans cette demande par les représentants de l'ensemble des professions paramédicales libérales qui demandent à tout le moins une anticipation à 60 ans du droit à la retraite. On peut comprendre l'aspiration des professionnels concernés. Elle doit toutefois être examinée dans le cadre des réflexions générales concernant les systèmes de retraite et de cessation anticipée d'activité.

## **V CRÉER UN OFFICE DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES**

Aucune structure propre aux professions paramédicales ne remplit les fonctions actuellement dévolues à l'Ordre des médecins et aux Unions Régionales de médecins libéraux. Seule instance professionnelle à intervenir, l'Ordre des médecins siège en formation particulière (assurant la représentation de la profession concernée) pour contrôler les fautes, abus et fraudes relevés à l'encontre d'un paramédical à l'occasion des soins donnés aux assurés sociaux.

En 1980, la loi relative à l'exercice de la profession d'infirmier avait prévu des commissions régionales et une commission nationale destinées à contrôler le respect par les infirmiers de leurs obligations professionnelles. Ces commissions n'ont finalement pas été mises en place.

En 1991, un projet de loi instituant un dispositif analogue pour l'ensemble des paramédicaux était déposé. Il n'a finalement pas été débattu. Une loi de 1995 modifiée en 1996 a institué un Ordre professionnel des masseurs kinésithérapeutes, mais l'arrêté de Mai 1997 fixant la date des élections à l'Ordre a été abrogé en Juillet 1997. Aucune autre date n'a été fixée.

Une instance professionnelle serait incontestablement utile pour proposer aux pouvoirs publics des règles encadrant l'exercice des professions paramédicales et pour en contrôler le respect. Un consensus existe sur les missions à remplir par une ou plusieurs "instances professionnelles" propres aux paramédicaux. Les avis des syndicats représentatifs des différentes professions sont toutefois divergents sur la forme que devrait prendre une telle instance. Les masseurs kinésithérapeutes souhaitent la mise en place de leur Ordre, prévue par la loi de 1995.

Les infirmiers souhaitent la création d'une instance chargée de veiller au respect des droits des malades. Ils sont partagés sur la nécessité d'un ordre professionnel tandis que les orthophonistes et orthoptistes y sont très hostiles.

La solution la plus rationnelle en termes de gestion serait la création d'une structure commune à l'ensemble des professions d'infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes dans laquelle chaque profession disposerait d'une section propre. Il est proposé d'appeler cette structure : Office des professions paramédicales.

L'ensemble des professions consultées sont attachées à un fonctionnement démocratique et transparent de l'Office, dans l'hypothèse où il serait créé. Elle tient à ce qu'il échappe à une logique de défense corporatiste et soit ouvert sur l'extérieur, notamment aux usagers du système de santé.

## **A - Organisation de l'Office**

L'Office, doté de sections propres pour chaque profession, devrait être organisé sur une base régionale et doté d'une instance nationale.

Les représentants des professionnels membres des différentes instances de l'Office seraient élus au suffrage direct par les professionnels salariés et libéraux de chaque profession. Au sein de chaque section professionnelle une représentation équitable des différentes formes d'exercice devrait être assurée en tenant compte des effectifs. De même, dans les instances interprofessionnelles, un certain équilibre devrait être trouvé qui prenne en considération le poids de chaque profession.

Des formations de composition variable devraient être prévues en fonction des missions et des sujets en cause :

- sujets ne concernant qu'une profession ou concernant l'ensemble des professions, ne concernant qu'une forme d'exercice ou l'ensemble des salariés et des libéraux,
- sujets mettant en jeu les usagers ou ne concernant que les professionnels.

Pour l'exercice des missions contentieuses, les formations devraient être présidées par un magistrat.

L'ensemble des professions considère que pour l'examen de tous les litiges mettant en jeu les usagers, la représentation de ces derniers devrait être prévue au sein des formations de conciliation et de jugement.

## **B - Missions de l'Office**

L'Office devrait améliorer la régulation de l'exercice professionnel par :

- le suivi des professionnels
- la proposition et le contrôle des règles déontologiques et administratives,
- la diffusion et le contrôle des règles de bonnes pratiques paramédicales.

### ***1 Le suivi des professionnels***

Cette mission confiée actuellement exclusivement aux Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) n'est pas parfaitement assurée faute d'un fichier central fiable des professionnels. Le contrôle de ceux-ci est ainsi rendu problématique, notamment lorsqu'ils changent de lieu d'exercice.

Pour la mise en place et la diffusion à l'ensemble des professionnels de la Carte de professionnel de santé prévue dans le cadre du projet SESAM-VITALE, un fichier centralisé de l'ensemble des professionnels est constitué grâce à l'application informatique ADELI. Le contrôle des cas d'exercice paramédical illégal en sera amélioré.

Il est proposé que l'Office des professions paramédicales assure un suivi susceptible d'être comparé aux fichiers gérés par l'Etat. Ainsi, lors de son installation ou du changement de son lieu d'exercice, le professionnel libéral devrait se déclarer auprès de la DDASS et de l'Office. L'Office devrait donner un avis lors de la délivrance par la DDASS de la carte de professionnel de santé. Il assurerait le suivi exhaustif des professionnels : installation, changement de lieu d'exercice, remplacements, etc...

Assurant le suivi, l'Office serait en outre en mesure de fournir les éléments de base à une réflexion sur la démographie des différentes professions et de jouer un rôle de conseil au moment de l'installation des jeunes professionnels.

## ***2 La proposition et le contrôle des règles déontologiques et administratives***

L'Office serait chargé de proposer aux pouvoirs publics les règles concernant la déontologie et l'exercice professionnels. L'existence en son sein de formations professionnelles et interprofessionnelles devrait lui permettre de proposer les règles applicables à l'ensemble des professions et les règles spécifiques à chacune d'elles.

Une fois les règles fixées par les textes législatifs et réglementaires, il appartiendrait à l'Office d'en contrôler le respect. Sa mission serait alors triple :

- une mission générale de suivi des conditions d'application des règles,
- une mission de conciliation systématique en cas de litige,
- une mission contentieuse lorsque la conciliation a échoué ou en cas d'infraction aux règles applicables.

## ***3 La diffusion et l'évaluation de l'application des règles de bonnes pratiques paramédicales***

Les règles de bonnes pratiques paramédicales une fois validées par l'ANAES devraient être diffusées par l'Office. Celui-ci devrait jouer un rôle actif dans leur popularisation auprès des professionnels.

L'Office devrait mettre en place des procédures d'évaluation de l'application de ces règles par les professionnels en exercice libéral et en exercice salarié. Pour gérer ces procédures, il pourrait s'appuyer sur des professionnels évaluateurs accrédités par l'ANAES.

## **C - Position de l'Office par rapport aux syndicats professionnels**

Faute d'instance professionnelle spécifique aux professions paramédicales, les syndicats professionnels remplissent aujourd'hui un certain nombre des missions évoquées ci-dessus. Les syndicats professionnels consultés soulignent la nécessité de ne pas les confiner pour l'avenir dans un rôle limité à la pure défense d'intérêts catégoriels.

Aussi, dans le schéma proposé, les syndicats conservent-ils un rôle d'initiative prééminente en ce qui concerne l'évolution de chaque profession et notamment en matière de formation continue et de proposition de thèmes pour lesquels des règles de bonnes pratiques sont nécessaires.

## **VI - AMÉLIORER LA REPRÉSENTATION DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES AUPRÈS DES POUVOIRS PUBLICS**

L'ensemble des organisations consultées constate le mauvais fonctionnement du Conseil supérieur des professions paramédicales qui, placé auprès des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, leur donne des avis sur l'ensemble des questions et textes concernant ces professions. Les mêmes organisations déplorent, l'insuffisante représentation des professions paramédicales au niveau régional.

### **A - Réforme du Conseil supérieur des professions paramédicales**

Les principales critiques faites au fonctionnement du Conseil supérieur des professions paramédicales sont les suivantes :

- la représentation des différents modes d'exercice et des différentes organisations n'est pas conforme à leur poids réel,
- le poids des personnalités qualifiées et des représentants des écoles et des professionnels en formation y est excessif,
- l'attribution de voix délibérantes à l'administration a peu de justification dans une instance dont le rôle est essentiellement de donner un avis aux pouvoirs publics,

Il est proposé en conséquence de supprimer l'attribution de voix délibérantes à l'administration au sein du Conseil supérieur ainsi que la présence des personnalités qualifiées, de limiter la représentation des écoles et des professionnels en formation et de fixer le poids au sein du Conseil de chaque organisation et de chaque mode d'exercice en fonction de sa réelle représentativité.

## **B - Représentation des professions paramédicales au niveau régional.**

La création d'un Office des professions paramédicales organisé sur une base régionale doit conduire à modifier les textes relatifs aux instances consultatives placées au niveau de la Région auprès des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales, des Agences Régionales d'Hospitalisation et des Unions régionales de Caisses d'assurance maladie.