ÉTUDE PROSPECTIVE DES MÉTIERS SENSIBLES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

TOME **1**

Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

éditions ENSP

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière

Tome 1

Facteurs d'évolution probables
à moyen et long terme dans les champs sanitaire,
social et médico-social publics
impactant les ressources humaines et les organisations

2007
ÉDITIONS DE L'ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Photo de couverture : Jacques Grison

Le photocopillage met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.
Toute reproduction, même partielle, à usage collectif de cet ouvrage est strictement interdite sans autorisation de l'éditeur (loi du 11 mars 1957, code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992).

© 2007, Éditions ENSP, Avenue du Pr Léon-Bernard – CS 74312 – 35043 Rennes Cedex
www.editions.ensp.fr
ISBN : 978-2-85952-958-1

Sommaire

Préface 5

Introduction générale à l'étude 7

Présentation méthodologique 9

1. Évolution démographique 11

1a. Des personnes âgées malades à un âge plus avancé, en plus grand nombre, toutefois en augmentation modérée jusqu'en 2020 11

1b. La perspective de départs massifs en retraite dans la FPH, avec un impact différencié selon les régions, les établissements, les métiers et les spécialités 16

2. Évolution de la demande des usagers 31

2a. Un patient acteur de sa propre santé qui souhaite être mieux informé et associé aux décisions le concernant 31

2b. Un patient-usager qui s'implique de façon croissante dans le fonctionnement des établissements 35

2c. Des patients « consommateurs », exprimant des exigences sur la qualité de la prise en charge dans toutes ses composantes 37

2d. Le développement de dispositifs spécifiques d'accompagnement de certaines populations : personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de pathologies mentales, populations précaires… 41

3. Évolution de l'organisation de l'offre de soins 47

3a. Un paysage hospitalier qui se reconfigure au niveau des territoires 47

3b. Le développement de la coordination entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, entre le public et le privé, entre les établissements et la ville. 58

4. Évolution des pratiques de soins 69

4a. L'évolution des pathologies prises en charge : vieillissement de la population, augmentation des polypathologies et des pathologies chroniques, cancers, maladies cardio-vasculaires,maladies mentales et comportementales, maladies infectieuses et parasitaires 69

4b. Les frontières dans la répartition des activités de soins se redessinent 73

4c. Le développement de l'hypertechnicisation et la protocolisation des pratiques 81

4d. Vers une approche globale et coordonnée de la prise en charge soignante du patient 87

5. Évolution des technologies médicales, de l'innovation, de la recherche 91

5a. L'apparition de pôles hyperspécialisés :vers une centralisation des plateaux techniques 91

5b. Le développement de l'e-santé 97

5c. Les établissements de santé deviennent des acteurs incontournables de la recherche clinique 101

5d. L'intégration des expertises clinique, biomédicale, informatique et en télécommunication 106

6. Évolution économique ... 111

7. Évolution de l'organisation interne et du management ... 121

7a. La mise en œuvre des dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005 conduit les établissements de santé à mettre en place une nouvelle organisation interne (la « nouvelle gouvernance ») : nouvelle organisation des instances, mise en place de pôles d'activité et contractualisation interne ... 121

7b. La fonction managériale, élément clé pour la mutation et l'avenir des établissements ... 125

7c. Un rapport au travail et à l'institution des professionnels qui change, et qui conduit à une mobilité accrue et à une attractivité différenciée des établissements et des services ... 130

8. Évolution des systèmes d'information et de gestion des flux ... 137

8a. Vers des SI adaptés à des organisations intégrées ... 137

8b. Le développement d'une fonction logistique transversale comme outil de l'optimisation de la gestion de l'activité des soins ... 140

8c. L'évolution de la gestion du dossier patient ... 144

8d. Le développement de SI dédiés aux fonctions de gestion ... 146

8e. L'évolution des services informatiques ... 148

9. Évolution des politiques de qualité et de gestion des risques ... 153

9a. La mise en œuvre de la certification et de l'évaluation des pratiques professionnelles ... 153

9b. Une réglementation de plus en plus exigeante en matière de sécurité du patient et de sécurité du fonctionnement, tendant à une gestion globale incluant récemment les préoccupations plus citoyennes du développement durable ... 157

10. Évolution du système de formation professionnelle initiale et continue 167

10a. La formation initiale en forte mutation ... 167

10b. Les règles de la formation continue changent ... 174

Annexes

1. Liste des documents ... 181
2. Liste des experts auditionnés ... 193
3. Contributions écrites d'associations professionnelles ... 196
4. Participants aux groupes focus ... 197
5. Liste des sigles employés ... 200
6. Répertoire de sites Internet ... 205

Préface

Les puissantes évolutions qui sont aujourd'hui à l'œuvre dans les champs sanitaire, social et médicosocial modifient en profondeur l'organisation du système de soins. La démographie de la population française et son impact, à moyen terme, sur les conditions de prise en charge des patients, se conjuguent avec la « révolution » technologique et numérique et les changements notables dans les attentes des usagers vis-à-vis du système de santé.

Dans un contexte d'adaptation et de modernisation des établissements de santé (gouvernance, tarification à l'activité, évaluation des pratiques professionnelles, territorialisation de l'offre de soins…), la lisibilité de ces évolutions, et surtout de leurs conséquences concrètes sur les principaux acteurs, est déterminante. Identifier les changements probables à moyen et long terme permet de les anticiper et donc de s'y préparer.

Dans cet esprit, l'*Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière* a pour finalité d'être un outil d'aide à la décision pour l'ensemble des acteurs de santé. Ni prédiction, ni prévision, l'étude a simplement pour ambition d'éclairer les professionnels dans leur choix, qu'il s'agisse des orientations stratégiques d'un établissement ou de l'élaboration d'un projet professionnel.

Je forme le vœu que cette étude prospective, au travers des enjeux identifiés et des pistes d'action tracées, suscite le débat et permette ainsi à chacun d'enrichir sa réflexion.

Qu'il me soit permis enfin de remercier très sincèrement et chaleureusement tous ceux et toutes celles, très nombreux, qui ont permis, dans le cadre des travaux de l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière, cette réflexion collective et approfondie sur notre avenir.

La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Annie Podeur

Introduction générale à l'étude

Cette étude est le résultat d'un travail de longue haleine sur la prospective des métiers de la fonction publique hospitalière.

Le document final se présente en deux tomes :

1. les facteurs d'évolution probable à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations ;

2. les dix monographies sur les métiers et groupes métiers de la fonction publique hospitalière, dits sensibles, c'est-à-dire jugés comme les plus impactés par les évolutions à venir.

L'*Étude prospective des métiers sensibles* est le résultat d'une année d'un intense travail, dans lequel la confrontation permanente avec le milieu professionnel a toujours été le fil conducteur.

Dans cet esprit, les nombreuses auditions réalisées au cours de ces derniers mois nous ont permis d'approcher « un futur probable », contenu déjà dans les propos et les échanges de toutes natures que nous avons eus avec les personnalités et grands témoins du monde de la santé, mais aussi avec les centaines de professionnels rencontrés dans les groupes de travail et dans les établissements...

Nous rappelons que l'analyse part de constats réels et d'hypothèses d'évolution probable et non de souhaits professionnels ou de métiers idéalisés. Elle vise à aider à la réflexion de tout un chacun et à la décision de l'ensemble des professionnels, en identifiant les enjeux et les risques et en préconisant quelques pistes d'action. Il appartient maintenant aux responsables des établissements et des instances de s'approprier cette réflexion et d'engager les actions nécessaires adaptées à chaque situation.

Merci à tous pour la qualité des contributions apportées et notamment aux :
– membres de l'Observatoire national des emplois et des métiers de la FPH, et particulièrement aux représentants des personnels et des employeurs ;
– aux membres du comité de pilotage de la démarche ainsi qu'aux diverses directions du ministère de la Santé ;
– aux membres des dizaines de groupes de travail constitués depuis juin 2006 ainsi qu'aux associations professionnelles qui y ont participé.

Avertissement au lecteur

Les propos regroupés dans ce tome 1 reflètent le point de vue de leur(s) auteur(s) sur les différents thèmes abordés et ne sauraient engager la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins quant aux préconisations qu'elle sera amenée à faire à l'issue de l'étude prospective sur les métiers.

Présentation méthodologique

Finalité et contenu du document

Ce document regroupe l'ensemble des informations recueillies lors de la première phase de l'étude prospective. Il s'agit ainsi d'une base de données dont le contenu a été classé selon les facteurs impactant définis dans le cadre de l'élaboration du scénario prospectif.

Il ne s'agit pas d'un rapport à proprement parler, mais d'une exposition raisonnée des informations qui ont nourri l'ensemble de l'exercice prospectif. Il vise à donner accès de façon thématique à l'ensemble des points de vue consultés à qui veut approfondir un point précis ou comprendre comment le scénario prospectif a été construit collectivement, par croisement et synthèse de ces points de vue.

Le document comprend :
– les propos recueillis lors des auditions d'experts, dont la liste complète figure en annexe ;
– les propos recueillis lors des entretiens téléphoniques (cf. Annexe) ;
– les comptes-rendus des groupes focus thématiques (cf. Annexe) ;
– des éléments tirés de la consultation de nombreux documents (cf. Bibliographie).

Les propos tenus lors des entretiens sont retranscrits de la façon la plus fidèle possible.

Les comptes-rendus des groupes *focus* ont été élaborés de façon collective, par le cabinet Pollen Conseil et/ou l'équipe projet, puis ont été envoyés aux participants afin qu'ils puissent apporter des corrections.

En ce qui concerne les documents écrits, les données retranscrites sont soit des citations, soit des résumés des éléments jugés pertinents pour l'étude.

Les éléments livrés ici représentent donc le « matériel brut », reclassé thématiquement, qui a rendu possible l'identification et la caractérisation des principaux facteurs d'évolution des métiers de la fonction publique hospitalière, ainsi que leurs impacts probables.

Ce document permet par conséquent de laisser une trace des multiples sources consultées. Il ne s'agit donc aucunement d'un écrit linéaire. Bien au contraire, ayant vocation à retranscrire les points de vue dans leur diversité, il ne fait que les regrouper en fonction des thèmes abordés.

Mode de lecture du document

Chaque fiche thématique ou fiche facteur comporte les rubriques suivantes :
– contexte et problématique : cette rubrique contient les informations brutes aidant à définir les enjeux et à fournir des données de cadrage sur le thème-facteur abordé par la fiche. Au début de cette rubrique, la problématisation des

facteurs figurant dans le document de travail Scénario d'évolution des métiers est systématiquement reprise ;
– impacts sur les établissements : cette rubrique fournit les informations relatives aux impacts potentiels du facteur sur l'organisation des établissements, en termes de management, de localisation, de relation avec d'autres structures, etc.
– impacts sur les ressources humaines, les métiers, les compétences : cette rubrique fournit les informations relatives aux impacts potentiels du facteur sur les professionnels de la santé : apparition de nouvelles compétences ou de nouveaux métiers ; besoins de recrutements ; usure au travail et démotivation ; etc.
– interactions avec les autres facteurs : cette rubrique établit les liens de causalité ou d'impact avec d'autres facteurs ;
– importance et échéance de l'impact : cette rubrique vise à caractériser ou qualifier l'impact sur les métiers, et ce, sur la base de trois critères : probabilité d'occurrence, échéance de l'occurrence, intensité de l'occurrence ;
– sources : cette rubrique indique les documents cités dans la fiche, ainsi que les comptes-rendus de groupe focus utilisés.

À la fin de chaque citation ou information figure entre crochets la source dont elle a été extraite :
– propos d'expert : informations tirées des entretiens. Afin de maintenir l'anonymat des propos, le nom des personnes auditées figure à la fin du document en annexe et n'apparaît pas dans les rubriques « sources » de chaque fiche thématique ;
– groupe de travail : informations issues des comptes-rendus de groupe focus ;
– les codes à trois caractères commençant par la lettre D renvoient aux documents utilisés. Les références bibliographiques figurent à la fin de chaque fiche thématique mais aussi en annexe (classement thématique) ;
– la mention « Association professionnelle » renvoie aux données issues de contributions écrites d'associations professionnelles.

La rubrique « Importance et échéance de l'impact » vise à aider à classer et hiérarchiser les différents facteurs en fonction de leurs impacts potentiels sur les organisations et les ressources humaines, selon trois critères :
– la probabilité d'occurrence : la réalisation des impacts recensés est-elle vraisemblable ?
– critère temporel : quelle peut être l'échéance d'occurrence de l'impact ? court terme (1-2 ans) ; moyen terme (environ 5 ans) ; long terme (environ 10 ans) ;
– critère d'intensité de l'impact : quel est son degré d'importance ?

Cette démarche de qualification des impacts se base en premier lieu sur les discussions qui clôturaient les groupes de travail thématiques (groupes *focus*), qui ont porté sur les facteurs 1 à 8. Ces discussions se faisaient sur la base de fiches, remplies par chaque participant. Cette première source d'information a pu être amendée par l'analyse documentaire et les entretiens d'experts, tout particulièrement dans les groupes où l'exercice final de qualification des impacts n'a pas donné de résultat probant.

Pour les facteurs 1 (démographie de la population) et 10 (formation), la qualification découle de l'analyse documentaire et des entretiens.

Le travail de qualification par trois critères repose donc sur le croisement des points de vue émanant des différentes sources consultées ; il n'a à ce titre qu'une valeur indicative, pouvant aider à synthétiser les informations et orienter les étapes suivantes de l'analyse prospective.

1. Évolution démographique

1a. Des personnes âgées malades à un âge plus avancé, en plus grand nombre, toutefois en augmentation modérée jusqu'en 2020

Contexte – problématique

Dans les 10 ans à venir, le nombre de personnes très âgées et nécessitant des soins lourds avec des pathologies multiples et une dépendance aggravée, va continuer à augmenter mais modérément ; en revanche les nombreuses classes d'âges des papys-boomers vont faire doubler la catégorie du 3e âge, qui après 2020 passeront dans la catégorie du 4e âge.

Les risques d'hospitalisation sont considérablement accrus pour les personnes âgées ayant plus de 75 ans (4e âge). L'amélioration globale de la santé qui se traduit par l'allongement de la durée moyenne de vie, signifie que l'on vit plus vieux et en meilleure santé plus longtemps.

Toutefois, la nouvelle génération des (encore jeunes) retraités est plus exigeante vis-à-vis du système santé, d'autant plus que son revenu et sa couverture de complémentaire santé sont meilleurs. La demande en acte de diagnostic et de prévention va augmenter, tout comme la prise en charge des maladies cardiaques qui ont une prévalence élevée dans les premières années de la retraite.

Problématique – Risques – Enjeux

- L'augmentation très forte des pathologies du 3e âge nécessitant la prise en compte de maladies chroniques et de polypathologies.
- L'augmentation continue des personnes très âgées (4e âge), présentant des polypathologies, souvent en fin de vie, pose la question de la prise en charge gériatrique et particulièrement de l'inadaptation des services de soins classiques à ce type de population (accueil aux urgences, hospitalisation en court séjour). Pour les soignants, la difficulté réside dans un changement d'approche du soin, moins orienté sur la guérison et plus dans l'accompagnement voire la fin de vie.

- La demande d'information de qualité est accrue avec un besoin de coordonner les parcours de soins. Accueil de l'usager (liens avec les facteurs 1, évolution de la demande des patients).
- L'enjeu médico-social de l'organisation de la sortie d'hôpital et de l'éventuel retour au domicile devient crucial (lien avec les facteurs 2, évolution de l'organisation des soins).
- La prise en charge globale, intégrant les dimensions sociale et psychologique, est particulièrement mise en question du fait de l'accroissement des maladies dégénératives et la forte dépendance ou dégradation de l'autonomie plus ou moins rapide mais irréversible (lien avec les facteurs 3, évolution des pratiques de soins).

L'allongement de la vie : données chiffrées

« D'ici 2020, la France comptera entre 850 000 et 1 100 000 personnes de plus de 75 ans, potentiellement dépendantes, dont deux tiers de femmes » [Propos d'expert].

Sur la base d'hypothèses de maintien des tendances démographiques récentes, prenant en compte la hausse de la fécondité et du solde migratoire observées depuis 2000, les projections suivantes ont été faites (du 1er janvier 2005 au 1er janvier 2050) :
– la population française passerait en 2 050 à 70 millions d'habitants +9,3 millions par rapport à 2005) ;
– la population augmenterait toujours, mais à un rythme de plus en plus lent +0,56 % en 2005 mais + 0,11 en 2049) ;
– à partir de 2030 : Accélération des décès, du fait de l'arrivée aux grands âges des générations du baby-boom, et solde naturel plus faible, devenant inférieur au solde migratoire (solde naturel négatif vers 2045) ;
– part des personnes de 75 ans et plus (scénario tendanciel) en 2010 : 8,8 % ; 2015 : 9,1 % ; 2030 : 12 % ; 2050 : 15,6 %.

Entre 2005 et 2050, la population âgée de 60 ans ou plus passera de 12,6 millions à 22,3.

L'évolution démographique est différente selon les régions

Les grandes tendances des évolutions démographiques régionales à l'horizon 2030, sur la base d'un scénario tendanciel fondé sur les hypothèses des projections 2001 [D24-D25] :
– poursuite de la concentration de la population au sud de la France ;
– vieillissement de la population plus marqué au nord du pays hors Île-de-France (IDF), qui deviendrait la région la plus jeune de France ;
– solde migratoire négatif pour le nord-est de la France et l'Île-de-France [D23].

La population active se stabilise en volume avant de se réduire après 2020

Les projections d'évolution de la population active 2001-2050, sur la base d'un scénario tendanciel, c'est-à-dire sans changement des âges de retraite et des durées de cotisation, donnent les résultats suivants :
– population active de 26,4 millions en 2001, passant à 26,7 en 2011, 26,1 en 2020, 24 en 2050 ;
– taux d'activité : 54,2 % en 2001, 52,2 en 2011, 43,7 % en 2050 ;

– rapports actifs/inactifs de 60 ans et plus : 2,2 en 2001 ; 1,8 en 2011 ; 1,1 en 2050 ;
– part des 55 ans et plus : 8,9 % en 2001 ; 12,2 % en 2011 ; 31,8 % en 2050 [D22].

Impacts sur les établissements

Réorganisation territoriale et organisationnelle des relations entre le secteur hospitalier et le hors hospitalier

La démographie de la population, particulièrement celle des personnes âgées représente le premier facteur impactant les métiers et les compétences des professionnels. En effet, un redéploiement des activités est à réaliser, d'une part, les établissements sanitaires, doivent développer « le curatif » et le traitement des pathologies et se spécialiser, d'autre part, les établissements sociaux et médico-sociaux, doivent renforcer la prise en charge de la dépendance.

Mais l'évolution démographique altère aussi cette frontière entre hôpital et médico-social, avec une tendance à l'accroissement du médico-social : d'ici 2020, il faudra créer 150 000 lits ou places pour les personnes âgées.

Le vieillissement se traduit par une croissance et une diversification des pathologies, un accroissement de la dépendance et, concomitamment, une diminution de la mobilité des patients.

La réponse à ces évolutions, à la fois pour le milieu rural et les populations à mobilité réduite, se situe à trois niveaux :
– développer les réseaux poly-disciplinaires (exemple maison de santé, réseau de soins coordonnés…) ;
– sécuriser la permanence des soins (médecin, pharmacie, mais aussi dentiste…) ;
– organiser l'amont de l'urgence (premier diagnostic/régulation), mais aussi l'aval et notamment les soins de suite, le retour à domicile… [Propos d'expert].

« L'impact démographique sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé est probablement largement sous-évalué aujourd'hui. Il importe d'en tirer des conséquences sur le repositionnement des structures de soins (hôpitaux intermédiaires par exemple) qui doivent réorienter une partie de leur activité sur ces publics. Par ailleurs, l'offre gérontologique doit être davantage segmentée qu'elle ne l'est aujourd'hui avec une différenciation plus marquée des structures de prise en charge : court séjour gériatrique, consultation mémoire, moyen séjour gériatrique, service de soins à domicile, hébergement temporaire (exemple des « balluchons » au Canada) Cette segmentation permettra également de revaloriser l'image de la gériatrie, très négative aujourd'hui, auprès de professionnels de santé (médecins, soignants…). Le secteur est peu attractif alors qu'il recèle des besoins d'emploi énorme. D'autant qu'avec le vieillissement de la population et le désir de rester le plus longtemps possible au domicile, les besoins en services à la personne vont exploser dans les prochaines années faisant apparaître également de nouveaux métiers » [Propos d'expert].

Impact sur la consommation médicale

Le vieillissement de la population a un double impact sur la consommation médicale (hausse de 1 %) d'une part en raison de l'augmentation du nombre de personnes âgées, mais aussi du développement des polypathologies.

La France compte de plus en plus de personnes âgées des 3e et 4e âges. Les personnes âgées consomment plus de soins que les autres et l'on voit apparaître de nouvelles pathologies qui n'existaient pas auparavant, tout simplement parce qu'elles ne touchent que certaines tranches d'âge, peu nombreuses avant (Alzheimer), ou bien parce qu'elles sont liées à des processus industriels récents (amiante). Ces évolutions augmentent les besoins futurs en personnel de santé, besoins qui n'ont été qu'imparfaitement anticipés au travers des quotas pour les professions de santé et du numerus clausus pour les médecins [D04].

Impact sur les dépenses de santé

« Il existe une tension accrue sur l'allocation des ressources entre générations en raison d'une demande de soins des jeunes générations supérieure à celle de leurs aînés, mais aussi de l'accélération des progrès scientifiques et techniques (avancées sur les traitements des cancers et sur les pathologies du vieillissement), le tout générant des dépenses de plus en plus importantes » [Propos d'expert].

Impact sur les RH, les métiers, les compétences

Impacts quantitatifs : des besoins de recrutement sur des métiers clés

« Avec le vieillissement de la population, il faudra de plus en plus d'infirmières et d'aides-soignantes au sein des établissements d'hébergement ou dans les services de soins à domicile ».

« Qu'il s'agisse de besoins d'aide aux personnes dépendantes ou de besoins insuffisamment satisfaits, comme les gardes d'enfants, ces emplois considérés comme peu qualifiés devraient se développer dans les prochaines années. Ils offrent actuellement un accès au marché du travail à des femmes peu diplômées ou longtemps restées inactives » [D30].

L'intensification de la concurrence entre territoires pour les recrutements

Les évolutions démographiques générales induisent un accroissement de la concurrence en matière de recrutement de personnels qualifiés, entre secteurs (question de l'attractivité du secteur de la santé par rapport à d'autres secteurs d'activité). Le cas des infirmières en Île-de-France illustre parfaitement le problème : les écoles d'IDF ne se remplissent plus avec la population francilienne, ce qui montre que les carrières de santé vont être en concurrence avec les autres secteurs (notamment sur les recrutements des niveaux bac +2). Si l'augmentation du nombre de personnes âgées est incontestable, elle ne crée cependant pas de nouveaux métiers, mais plutôt une adaptation des métiers existants [Propos d'expert].

Interactions avec les autres facteurs

1b ; 3b ; 4a.

Importance et échéance du facteur

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
		***

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Remarques complémentaires

L'impact de ce facteur démographique se fait déjà sentir à l'heure actuelle. Mais la pression démographique sera plus forte à l'horizon 2020-2030, selon les différentes hypothèses de projection retenues.

Sources

Documents

D001 Commissariat général au plan (2005), *Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004*, CGP, mai 2005, 52 p.

D004 CREDES (2000), *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale, octobre 2000, 357 p.

D021 ROBERT-BOBÉE Isabelle (2006), « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit », *INSEE Première*, Insee, juillet 2006, n° 1089, 4 p.

D022 NAUZE-FICHET Emmanuelle et LERAIS Frédéric (2002), « Projections de population active. Un retournement progressif », *INSEE Première*, Insee, mars 2002, n° 838, 4 p.

D023 OMALEK Laure (2001), « Projections régionales de population pour 2030 : l'impact des migrations », *INSEE Première*, Insee, septembre 2001, n° 805, 4 p.

D024 BRUTEL Chantal (2001), « Projections de population à l'horizon 2050. Un vieillissement inéluctable », *INSEE Première*, Insee, mars 2001, n° 762, 4 p.

D025 BRUTEL Chantal et OMALEK Laure (2003), « Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (horizon 2030/2050) », *INSEE Résultats Société*, Insee, juillet 2003, n° 16, 40 p.

D030 CHARDON Olivier, ESTRADE Marc-Antoine et TOUTLEMONDE Fabien (2005), « Les métiers en 2015 : l'impact du départ des générations du baby-boom », Premières Informations Premières Synthèses, Dares, décembre 2005, n° 50.1, 8 p.

D127 Circulaire n° DHOS/P2/2005/257 du 30 mai 2005 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevants de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière.

D145 Coudin Élise (2006), « Projections 2005-2050. Des actifs en nombre stable pour une population âgée toujours plus nombreuse », *Insee Première*, n° 1092, juillet 2006, 4 p.

D146 Léon Olivier et Godefroy Pascal (2006), « Projections régionales de population à l'horizon 2030. Fortes croissances au Sud et à l'Ouest », *Insee Première*, n° 1111, décembre 2006, 4 p.

D147 Daguet Fabienne (2006), « Dans quelles régions meurt-on le plus tard au début du XXIe siècle ? L'Île-de-France s'impose comme une zone de faible mortalité », *Insee Première*, n° 1114, décembre 2006, 4 p.

D148 Degorre Arnaud et Redor Patrick (2007), « Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006. Les départements du Sud et du littoral atlantique gagnant au jeu des migrations internes », *Insee Première*, n° 1116, janvier 2007, 4 p.

D149 Richet-Mastain Lucile (2007), « Bilan démographique 2006 : un excédent naturel record », *Insee Première*, n° 1118, janvier 2007, 4 p.

1b. La perspective de départs massifs en retraite dans la FPH, avec un impact différencié selon les régions, les établissements, les métiers et les spécialités

Contexte – problématique

Résumé

Les départs à la retraite dans la FPH représentent sur la période 2003-2015, 41 % des effectifs de 2002. Le pic devrait se situer en 2012 avec près de 30 000 départs.

Pour les médecins, les cessations d'activité seront supérieures aux entrées en activité jusqu'en 2015, date, à partir de laquelle le redressement du *numerus clausus* en 2006 se fera sentir. La part des femmes continue d'augmenter et devrait atteindre 45 % en 2015. La répartition entre médecins généralistes et médecins spécialistes est difficilement prévisible. Les départs à la retraite des spécialistes seront plus nombreux mais actuellement les étudiants s'orientent plutôt vers une spécialité autre que la médecine générale. La baisse des effectifs par non-remplacement des départs pourrait être plus forte dans les régions peu attractives comme les : zones rurales, ou le Nord de la France ; cette diminution pourrait affecter les spécialités qui connaissent une moindre attractivité, ou qui sont confrontées à une démographie plus vieillissante comme la médecine générale, la gérontologie, la psychiatrie, l'ophtalmologie, la médecine interne, l'anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique…

Les tensions risquent de se renforcer dans les métiers paramédicaux, et pour certains modes d'exercice :
– kinésithérapeutes et orthophonistes : forte attractivité du secteur libéral, au détriment de l'exercice hospitalier ;
– manipulateur d'électroradiologie médicale : déficit de vocation ; faible lisibilité du métier.

– aides-soignants : postes à pourvoir très nombreux du fait des départs en retraite et des créations de postes dans certaines spécialités (exemple gérontologie) ;
– infirmiers : les quotas actuels permettent une augmentation globale des effectifs à partir de 2007-2008, mais des manques peuvent apparaître selon la spécialité, la région, le secteur d'activité, le lieu d'activité. En effet, les difficultés locales à remplir les quotas, l'augmentation des abandons en cours d'étude, les comptes épargne temps doivent conduire à suivre de près l'évolution réelle des effectifs entrants en activité.

Les filières techniques ouvrières et administratives connaîtront, dans les 8 prochaines années, des départs massifs alors que dans le même temps, les besoins évoluent fortement vers des compétences plus expertes et une montée générale du niveau de qualifications. La faible attractivité du secteur hospitalier se cumule avec une concurrence accrue des autres secteurs d'activité, sur les métiers non spécifiques (métiers des fonctions supports : logistique, système d'information, contrôle de gestion…).

Risques – Enjeux

- Risque de perte d'attractivité de certains établissements, régions, activités, spécialités.
- Risque de pertes de compétences et d'engorgement de certains services (services d'urgence, de gérontologie et de psychiatrie par exemple).
- En raison des départs massifs dans les filières techniques, enjeu de l'externalisation et/ou de la formation interne.
- Enjeu du développement de la coopération et de la coordination au sein du dispositif territorial sanitaire et médico-social (lien avec les facteurs 2, évolution de l'organisation des soins).

Évolution globale des effectifs du secteur de la santé

Sur la période 1990-2005, la croissance du nombre de professionnels de santé + 2 % par an en moyenne est supérieure à la croissance de l'ensemble des actifs + 0,7 %). Au 1er janvier 2005, les professionnels de santé représentent 7,6 % des actifs ayant un emploi, soit près de 1,8 million de personnes. Le domaine professionnel « santé, action sociale culturelle et sportive » fait partie des quatre domaines qui devraient tirer l'essentiel des créations d'emploi entre 2002 et 2015.

La fonction publique hospitalière se structure de la façon suivante (selon SAE 2004 et SPE 2004) :
– secteur social (établissements autonomes pour personnes âgées y compris maisons de retraite publiques + établissements pour adultes et enfants handicapés) : 9,7 % des établissements ; 84 889 effectifs physiques ; 79 287,11 ETP ;
– secteur sanitaire (établissements publics de santé) : 90,3 % des établissements ; 783 099 effectifs physiques pour 741 434,60 ETP ;
– ensemble secteurs social et sanitaire : 867 988 effectifs physiques ; 820 721,70 ETP [D26].

Répartition des effectifs selon les types d'établissements (avant mise en place de la RTT), SAE 2004 :
– CHG : 48,7 % ;

– CHR : 34,4 % ;
– CHS : 11,3 % ;
– HL : 5,1 % ;
– établissement non dénommé par ailleurs : 0,5 %.

8 fonctionnaires hospitaliers sur 10 sont employés par les CH et CHR [D47].

Effectifs FPH selon les filières (SAE 2004) :
– soignants et rééducateurs : 69,5 % (+ 18 % entre 1994 et 2004) ;
– techniques et ouvriers : 13,0 % (- 1 % entre 1994 et 2004) ;
– administratifs : 11,2 % (+ 20 % entre 1994 et 2004) ;
– médico-techniques : 5,0 % (+16 % entre 1994 et 2004) ;
– socio-éducatifs : 1,3 %

7 agents sur 10 relèvent de la filière « soignants et rééducateurs ».

Répartition des effectifs selon le sexe, SAE 2004 (Total : 783 093) :
– administratifs : 88,5 % de femmes ;
– soignants et rééducateurs : 86,1 % de femmes ;
– médico-techniques : 77,4 % de femmes ;
– techniques et ouvriers : 29, 4 % de femmes.

Dans le domaine professionnel santé, action sociale, culturelle et sportive, les recrutements à l'horizon 2015 se feront à tous les niveaux de diplôme (mais 91 % supérieurs au BAC) :
– 34 % en bac +3 et plus ;
– 37 % en bac +2 ;
– 20 % bac ;
– 5 % CAP-BEP ;
– 4 % BEPC ou aucun diplôme [D28].

Répartition par âge

L'âge moyen dans la FPH au 31 décembre 2004 atteint 41,4 ans (43,5 dans la FPT) soit 42,09 pour les hommes et 40,9 ans pour les femmes.

La part des agents de 50 ans et plus est de 23,2 % dans la FPH (28,9 % dans la FPT).

Importance des non-titulaires

Les hôpitaux locaux ont le plus recours aux non-titulaires (25,1 % des effectifs totaux des HL en 2004, contre 15,7 % pour les Centres hospitaliers, 13,8 % pour les Centres hospitaliers spécialisés, 10,3 % pour les Centres hospitaliers régionaux et universitaires) [D28].

Départs à la retraite

Données générales

Les départs à la retraite estimés par la DGAFP (en milliers) sont les suivants :
– 2010 : FPH 28 ; FPT 35,2 ; FPE 62,1 ;
– 2015 : FPH 29,7 ; FPT 38,6 ; FPE 54,5 ;
– Cumul de départs 2003-2015 : FPH 345 ; FPT 415 ; FPE 769.

Taux cumulés de départ par rapport à l'effectif 2002 : FPH 41 % ; FPT 38 % ; FPE 45 % [D47].

La pyramide des âges de la FPH se distingue par des départs précoces à la retraite, rendus possibles par la part importante d'infirmières et, plus généralement, de femmes, qui bénéficient de dispositifs de préretraite ou d'ouverture des droits à 55 ans (catégorie active). Ces dispositifs ont induit un « grignotage » de la tranche des 51-56 ans. La FPH bénéficie donc d'une pyramide des âges plus jeune que les autres FP, ce qui n'empêche pas l'accroissement de la part des 50 ans et plus : 13,1 % en 1992 ; 16,6 % en 1997 ; 23,9 % en 2002 [D47].

D'après une projection, établie avant la réforme des retraites de 2003, la FPH connaîtrait un pic de départs à la retraite en 2012 pour l'ensemble de ses titulaires, avec presque 30 000 départs. La décélération des départs commencerait à partir de 2013.

La FPH connaîtrait 383 000 départs à la retraite d'ici 2015, ce qui représente 55 % de ses effectifs de 1999 [D47].

Les départs par filière

C'est la filière technique et ouvrière qui connaîtra proportionnellement le plus grand nombre de départs d'ici 2015 (58 % de son effectif de base de 1999), puis la filière des services de soins (56 %), puis la filière médico-technique (50 %) et enfin la filière administrative (47 %).

Pour les corps de direction, le taux cumulé de départs à la retraite d'ici 2015 relativement à l'effectif de 2003 est estimé à 57 % [D47].

Les départs dans les différents métiers

Les évolutions en pourcentage et valeur absolue portent sur l'évolution 1999/2015, sauf exceptions signalées.

- Sur une population de 702 032 titulaires en 1999, 383 106 départs sont attendus jusqu'en 2015, soit 55 % de l'effectif, filière socio-éducative exclue. Le pic de départ serait atteint en 2012.
- Filière technique et ouvrière : - 50 899 (- 58 %)
  - contremaîtres - 4 183 (- 85 %) ; Agents techniques d'entretien - 267 (- 82 %) ; Maîtres ouvriers - 8 410 (- 78 %) ; Agents de désinfection - 353 (- 63 %) ; Conducteurs auto - 759 (- 56 %) ; Ouvriers professionnels - 26 717 (- 55 %) ; Conducteurs ambulanciers - 1 491 (- 49 %) ; Agents d'entretien - 6 121 (- 45 %) ;
  - ingénieurs - 472 (- 51 %) ; Dessinateurs - 119 (- 49 %) ; Adjoints techniques - 1 171 (- 43 %) ;
  - encadrement : Chefs de garage - 205 (- 95 %) ; Agents chefs - 631 (- 95 %).
- Services de soins : - 279 418 (- 56 %), avec un volume annuel de départ qui double à partir de 2010
  - infirmiers : - 93 997 (- 54 %), pic en 2011 ; IBODE - 2 137 (- 50 %) pic à partir de 2014 ; IADE - 3 147 (- 49 %), pic à partir de 2014 ; Infirmières puéricultrice - 2 737 (- 46 %), pic en 2012 ;
  - aides-soignants - 99 641 (- 57 %) ; ASHQ et ASH : - 42 274 (- 49 %) ;
  - rééducateurs : Pédicures-podologues - 43 (- 53 %) ; orthoptistes - 90 (- 53 %) ; orthophonistes - 607 (- 48 %) ; Masseurs-kinés - 2 594 (- 47 %) ; Psychomotriciens - 468 (- 32 %) ; Diététiciens - 632 (- 32 %) ; ergothérapeutes - 392 (- 31 %) ;

  - sages-femmes - 3 475 (- 50 %) ;
  - psychologues - 2 598 (- 57 %) ;
  - corps d'encadrement : Cadres supérieurs de santé - 4 479 (- 95 %) ; Directeurs des soins - 935 (- 92 %) ; Cadres de santé - 19 194 (- 85 %) ;
  - médico-technique : - 15 437 (- 50 %) ;
  - manipulateurs d'électro-radiologie - 4 144 (- 44 %) ;
  - techniciens de laboratoires - 7 327 (- 48 %) ;
  - préparateurs en pharmacie hospitalière - 1 664 (- 50 %) ;
  - aides de pharmacie - 489 (- 67 %) ;
  - aides de laboratoire - 754 (- 72 %) ;
  - aides d'électro-radiologie - 15 437 (- 50 %).
- Administrative : - 37 352 (- 47 %) ; pic en 2015 (3 455 départs)
  - attachés d'administration hospitalière : - 2 675 (- 82 %), pic en 2010 ;
  - standardistes : - 2 274 (- 63 %), pic en 2011 ;
  - adjoints des cadres : - 3 353 (- 59 %), pic en 2010 ;
  - adjoints administratifs : - 13 489 (- 59 %) ;
  - pARM : - 365 (- 43 %) ;
  - secrétaires médicaux : - 8 869 (- 38 %) ;
  - agents administratifs : - 6 325 (- 32 %) ;
  - corps de direction (par rapport à l'effectif 2003) : Directeurs d'hôpital - 1 778 (- 55 %), pic en 2011 ; DES : - 257 (- 61 %), pic dès 2006 ; DESS : - 522 (- 63 %), pic en 2009 [D47].

Évolution du personnel médical

La démographie médicale connaît elle aussi une accélération avec un vieillissement marqué de la pyramide des âges. Les départs massifs à la retraite des prochaines années n'ont pas toujours été anticipés. L'absence de gestion prévisionnelle dans le passé se fait sentir aujourd'hui et se fera sentir plus encore à l'avenir. Pour 100 médecins partant aujourd'hui à la retraite, il n'y en a pas 100 en cours de formation [Propos d'expert].

« On paie aujourd'hui le prix des politiques passées, qui étaient malthusiennes : on a pensé que pour limiter les dépenses de santé, il fallait juguler l'offre, fermer des établissements, des lits, mais aussi former moins de personnel. C'était une erreur, parce que les besoins, eux, n'ont pas été jugulés » [Propos d'expert].

Scénarii prospectifs

Sur la base d'hypothèses d'un *numerus clausus* de 7 000 à partir de 2006 et d'un âge moyen de départ à la retraite de 64 ans, les projections tendancielles relatives aux médecins font apparaître trois périodes :
– équilibre entre entrées et sorties jusqu'en 2006 ;
– solde négatif croissant (sorties > entrées) entre 2006 et 2015 ;
– réduction du solde négatif à partir de 2016 [D27].

Projection à l'horizon 2025 *ceteris paribus*, *ie* avec hypothèse de comportements (redoublements, choix de spécialité et d'installation, etc.) inchangés (il s'agit donc bien d'un scénario tendanciel, et non pas de prévisions) et l'hypothèse d'un *numerus clausus* de 7 000 à partir de 2006 (5 550 en 2004).

Pour rappel : il existe en moyenne un décalage de 10 ans entre l'entrée en étude et l'entrée en activité (i.e. que médecins entrant en activité en 2004 correspondent au *numerus clausus* de 1994 ; par conséquent, le nombre de médecins entrant en activité n'atteindra 7 000 qu'en 2016 au mieux).

Les principaux résultats de cette projection sont les suivants :
– 186 000 médecins en 2025, contre 205 200 en 2002, ce qui correspond à un quasi-retour au niveau des années 1980 ;
– chute de près de 15 % du nombre de médecin pour 100 000 habitants (335 en 2002 ; 283 en 2025) ;
– âge moyen des médecins en hausse jusqu'en 2015 (passant de 47,5 ans en 2002 à 50,6 en 2015), puis retombant en dessous de 47 ans en 2025 ;
– la part des femmes augmenterait de 28 % entre 2002 (76 100 femmes recensées) et 2025 (estimation de 97 300 en 2025) ;
– hypothèse de répartition entre spécialistes et généralistes : nombre de spécialistes en 3e cycle correspondent à 50 % du numerus clausus existant 5 ans auparavant.

De façon générale, les généralistes seraient moins touchés par la baisse des effectifs que les spécialistes (car plus forts départs à la retraite des spécialistes, dont la part pour les médecins de plus de 45 ans est plus élevée que celle des généralistes) ; parmi les spécialistes, les plus touchés seraient les ophtalmologistes, psychiatres et ORL.

Baisse de 15 % du nombre de médecins libéraux (passant de 122 300 en 2002 à 103 800 en 2025) (- 23 % pour les spécialistes, - 9 % pour les généralistes) ; quasi-stagnation des médecins salariés hospitaliers (59 000 en 2002, 58 800 en 2025 ; baisse de 2 % pour les médecins salariés non hospitaliers (23 900 en 2002, 23 300 en 2025), sur ces hypothèses : les généralistes resteraient majoritairement libéraux ; par contre, les spécialistes compteraient presque autant de salariés hospitaliers que de salariés libéraux.

À l'horizon 2050, avec les mêmes hypothèses : forte augmentation des effectifs de médecins entre 2025 et 2050, avec une stabilisation autour de 245 000 médecins [D19].

Variante 1 : Si le *numerus clausus* passait à 8 000 au lieu de 7 000 en 2006, la baisse du nombre de médecins entre 2002 et 2025 passerait à 4,9 % (au lieu de 16 % dans le scénario central) [D19].

Variante 2 : Si le nombre de spécialistes atteignait 40 % du *numerus clausus* 5 ans auparavant, on assisterait à une stabilisation du nombre de généralistes et à une baisse de 24 % du nombre de spécialistes entre 2002 et 2025 [D19].

Variante 3 : Si le nombre de spécialistes représentait 60 % du *numerus clausus* 5 ans auparavant, une baisse de 7 % du nombre de généralistes aurait lieu, ainsi qu'une baisse de 14 % du nombre de spécialistes entre 2002 et 2025 [D19].

Variante 4 : Si la part des spécialités chirurgicales augmentait de 3 points parmi les postes de spécialistes ouverts à l'examen classant, les effectifs de chirurgiens augmenteraient entre 2002 et 2025 [D19].

En 2005, 205 900 médecins sont en exercice, avec les tendances suivantes :

- Tendance à un ralentissement de leur croissance depuis 1980, du fait de la baisse des *numerus clausus* jusqu'en 1993 : exemple 8 500 étudiants en 2e année en 1971, 3 500 étudiants en 1993.

- Baisse du nombre de médecins devrait avoir lieu à partir de 2008 (cf. D19) = > 186 000 médecins à l'horizon 2025 si le *numerus clausus* passait à 7 000 à partir de 2006.
- Hausse de l'âge moyen : 42,4 ans en 1990 ; 48,5 ans en 2005.
- Hausse de la part des femmes : 38 % en 2005, 45 % en 2015, plus de 50 % en 2025, avec une moyenne d'âge plus faible que celle des hommes.
- Les médecins de nationalité étrangère représentent 2,8 % de l'ensemble des médecins sur la base des données du répertoire ADELI (un peu plus avec les données du CNOM).
- La part des médecins de 55 ans et plus est de 26,2 % pour la France entière ; 30,4 % pour l'Île-de-France, et 27,9 M pour Midi-Pyrénées.
- Répartition généralistes/spécialistes = 48,9 % de généralistes en 2005, 51,1 % de spécialistes. Deux facteurs d'évolution rendent difficile d'anticiper l'évolution de cette répartition :
  – les spécialistes ont une moyenne d'âge plus élevé (49,2 ans en 2005, contre 47,8 pour les généralistes) ; ils partiront donc plus rapidement en retraite que les généralistes ;
  – mais la mise en œuvre, au niveau de la formation, de l'ECN a incité les étudiants à choisir en priorité d'exercer une spécialité.
- En 2005, les médecins libéraux ou mixtes représentent 58,8 % de l'ensemble des médecins (contre 62,2 % en 1990) ; les médecins salariés hospitaliers 29,4 % ; salariés non hospitaliers 11,7 % [D26].

Médecins généralistes

La désaffection vis-à-vis de la médecine générale est confirmée en 2005. Ce constat a conduit la DREES à modifier ses hypothèses de projection en corrigeant les comportements de répartition médecine générale/médecine spécialisée (60 % des postes du *numerus clausus* pour les spécialistes au lieu des 50 % du scénario central).

Avec cette nouvelle hypothèse, une baisse de 10 % des effectifs de médecins se produirait entre 2006 et 2025, avec - 8 % pour les médecins du secteur salarié non hospitalier, - 17 % dans le secteur libéral, mais + 4 % pour le secteur salarié hospitalier, sous réserve de création de postes correspondants [D28].

On estime la baisse des omnipraticiens de ville à 11 000 d'ici 2020 (de 96 901 à 85 587) [D06].

Des risques de pénurie de médecins généralistes se manifestent, du fait que :
– une partie importante et croissante des médecins recensés comme omnipraticiens n'exerce en fait pas ou plus la médecine générale ; cela peut créer des situations de pénuries de généralistes que les seules statistiques ne peuvent permettre de repérer ;
– les étudiants sont peu attirés par la médecine générale, jugée peu valorisante et à faible possibilité de progression. La réforme des études médicales de 3e cycle, qui se traduit par l'accès de la médecine générale au rang de spécialités, ne se traduit pas encore par un retournement de tendance. On constate en effet qu'un grand nombre de postes d'internes en médecine générale offerts au choix lors des épreuves classantes nationales (ECN) ne sont pas pourvus ; l'écart médecins formés à la médecine générale/nombre de professionnels effectivement

généralistes risque d'autant plus de se creuser que des étudiants formés en médecine générale pourront se spécialiser rapidement via un DESC [D27].

Les causes possibles de la diminution du nombre de médecins généralistes sont :

– les modalités actuelles de l'ECN, qui se traduisent par un nombre important de postes ne recevant pas de candidats en affectation : 609, soit 33 % des postes de médecine générale ouverts, en 2004 ; 980 en 2005 (40 % des postes de MG ouverts) et 323 en 2006 ;
– les possibilités accrues de sortie rapide de l'exercice en médecine générale, via l'inscription en DESC dès la fin du cursus initial de la spécialité en médecine générale, des passerelles universitaires (DIU), des passerelles hospitalières (exercice en hôpital en médecine d'urgence, gériatrie, psychiatrie, etc.) ;
– la méconnaissance par les étudiants de l'exercice généraliste, avec une insuffisance quantitative de stages proposés mais aussi une formation en CHU trop centrée sur ses spécificités et qui ne permet pas aux stagiaires d'appréhender complètement leur futur mode d'exercice ;
– la pénibilité de l'exercice en médecine générale (horaires, gardes et astreintes, etc.) ;
– le manque de perspectives de carrière [D28].

Spécialistes

Les disparités marquées entre spécialités médicales s'expliquent par

- Un *numerus clausus* en baisse qui s'est traduit par une diminution du nombre de postes d'internes de spécialités (2 547 postes ouverts au concours en 1985 ; 2 340 en 1990 ; 1 843 en 2000).
- La création de filières propres pour les spécialités jugées en difficulté (psychiatrie, santé publique, biologie, médecine du travail, anesthésie-réanimation, gynécologie obstétrique, gynécologie médicale, pédiatrie) s'est faite au détriment des filières communes (spécialités médicales et spécialités chirurgicales).
- La plupart des régions offrent plus de places de stages validants pour les internes qu'il n'y a d'effectifs d'internes ; de ce fait, certains services ou certaines spécialités n'arrivent pas ou ont du mal à attirer de jeunes internes [D27].

On estime à - 42 % la baisse des effectifs en ophtalmologie d'ici 2020 [D06]. En revanche, la baisse des effectifs de cardiologues devrait moins toucher les effectifs hospitaliers [D06].

Un sentiment de pénurie que les chiffres disponibles ne corroborent pas forcément

« […] il existe actuellement des crises ou des sentiments de pénurie que les données statistiques ou administratives ne confirment pas forcément. » En effet les différentes analyses disponibles convergent pour estimer dans une fourchette allant de 0,6 % à 4,1 %, la part de la population résidant dans des territoires dans lesquels l'offre de premier recours est déficitaire ou très fragile [D27].

Pour les salariés, la RTT s'est traduite par une baisse de la quotité de travail, laquelle a induit une hausse des besoins de recrutement, variable selon la façon dont les établissements ont mis en place la RTT. De ce fait, il faut prendre en compte ce facteur pour comprendre l'impression de pénurie qui prévaut chez

beaucoup de personnel : les données quantitatives peuvent montrer qu'il n'y a pas de pénurie en termes de remplacement ; mais les besoins effectifs des établissements peuvent être renforcés par la RTT (besoins de pools de remplacement accrus, etc.).

Premier facteur important : la démographie médicale a un fort impact sur la recomposition des métiers de médecin et de « non-médecin » : la démographie des médecins varie en sens inverse de celle des autres professions, ce qui induira une recomposition des tâches entre médecins et autres personnels soignants [D27].

Chirurgiens-dentistes

- Environ 41 000 en 2005 (+8,3 % par rapport à 1990, soit un taux de croissance annuel moyen de 0,53 %, *ie* le plus faible parmi les professions de santé).
- Âge moyen : 47,1 en 2005 (45 en 2000).
- 95 % des praticiens exercent en libéral en 2005, 8 % sont salariés.
- Il s'agit de la profession de santé la moins féminisée : 34,7 % de femmes en 2005 [D26].

Pharmaciens

- Le nombre de pharmaciens atteint 68 657 en 2005 d'après les données du répertoire ADELI, soit une hausse de +26 % par rapport à 1990 ; ce nombre est de 70 788 selon les données du CNOP.
- Un ralentissement de la croissance des effectifs est constaté à partir de l'instauration d'un *numerus clausus* en 1980.
- Le vieillissement des effectifs se traduit par la hausse de l'âge moyen de 6 ans entre 1980 (40 ans) et 2005 (46 ans) explique en grande partie le relèvement du *numerus clausus* à partir de 2000 : il passe de 2 250 en 2000-2001 à 2 790 en 2004-2005.
- Confirmation de la hausse de la part des femmes parmi les pharmaciens (55 % en 1980, 65 % en 2005).
- Très faible part d'étrangers (0,6 % au 1er janvier 2005).

En 2005, 72 % des diplômés d'État de docteur en pharmacie exercent leur activité principale au sein d'une officine de ville (51 000) ; 5 000 (8 %) travaillent comme directeur ou directeur adjoint dans un LABM ; 10 % exercent dans des hôpitaux et autres établissements sanitaires et sociaux (7 000 personnes) (+2 points de pourcentage par rapport à 1990), 1/3 de ces derniers exerce en tant que biologiste (contre la moitié en 1990) ; 4 000 (5 %) exercent dans une entreprise du médicament ; les 5 % restants sont remplaçants ou salariés dans d'autres structures (administrations, organisations humanitaires, etc.). On constate une tendance à la hausse des salariés exerçant en dehors de l'officine : ils sont 20 000 en 2005, *i.e.* deux fois plus qu'en 1990 ; ils représentent 14 % des pharmaciens actifs en 1990, 20 % en 2005 ; de façon générale, la part des officines diminue et la part des pharmaciens titulaires baisse au profil des salariés (adjoints) [D34].

L'instauration du *numerus clausus* a ralenti la croissance des effectifs : les taux annuels moyens de variation atteignent entre 1,5 % et 2 % depuis la deuxième moitié des années 1980, contre 4 % auparavant. Une hausse de l'âge moyen des pharmaciens est constatée : il passe de 40 ans en 1980 à 45 ans en 2005 (autre conséquence du *numerus clausus*).

Forte féminisation : la part des femmes dans les pharmaciens actifs passe de 55 % en 1980 à 65 % en 2005. Elles sont plus jeunes que les hommes [D34].

Évolution du personnel paramédical et de la filière soin

Il existe dans la FPH des difficultés de recrutement avérées pour les kinésithérapeutes (du fait de l'attractivité du secteur libéral et sans doute aussi de la faible disponibilité et attractivité des postes hospitaliers), les manipulateurs radio et les infirmières (problème des évolutions de carrière et de métier) [Propos d'expert].

Masseurs-kinésithérapeutes

D'après les données ADELI 2005 on recense 14 360 kinésithérapeutes salariés, dont 12 246 exclusifs et 2 114 mixtes. Si l'on regarde leur activité principale, 9 977 (69 %) travaillent en secteur hospitalier, 1 144 (8 %) en secteur médico-social et 3 239 en secteur « autre » [D32].

On recense 60 640 masseurs kinésithérapeutes (+58 % depuis 1990 ; taux annuel moyen de croissance 3 %) :
– le quota en 2005 atteint 1 867 ; le nombre d'autorisations d'exercice délivrées aux MK diplômés de pays européens est de 1 006 ;
– la répartition par tranche âge s'avère relativement homogène : 30,30 % ont moins de 35 ans ; 21,3 % ont 55 ans et plus [D26].

Infirmiers

D'après les projections à 2015 réalisées par la DARES et le Commissariat général au plan (Modèle FLIP-FAP), les familles professionnelles d'Aides-soignants et d'infirmiers – sages-femmes figurent parmi les 15 familles professionnelles où les postes à pourvoir seraient les plus nombreux :
– 452 466 infirmiers sont recensés en 2005 (données ADELI), soit une hausse annuelle moyenne lissée de 3,4 % entre 2000 et 2005 ;
– le quota de formation est passé en quelques années de 18 000 à 30 000 ; les effectifs passeraient de 423 000 en 2003 à 450 000 en 2009, 500 000 en 2014 et 550 000 en 2020, ce qui représenterait une croissance annuelle moyenne de 1,7 % à partir de 2007 [D30] ;
– évolution des quotas : 16 117 en 1983 ; 13 897 en 1989 ; D'importantes augmentations interviennent dès 1993, soit avant les autres professions. Depuis 2004, les quotas ont atteint 30 000 ; par conséquent, la croissance du nombre d'infirmiers devrait se poursuivre et atteindre 650 000 en 2025 (sur l'hypothèse d'un maintien des quotas au niveau de 2004) ;
– l'âge moyen des infirmiers en 2005 atteint 42,6 ans (source ADELI) ; étant donné les quotas actuels, cet âge moyen devrait baisser et atteindre 39 ans en 2010 ;
– en 2005, 73 % des infirmiers travaillent dans le secteur hospitalier (dont les ¾ dans le secteur public ; 8,2 % en établissement privé PSPH ; 14 % sont des infirmiers libéraux (11 % en 1988) ; 16,8 % sont dans le secteur privé lucratif [D26].

Aides-soignants

Au 1er janvier 2005, on dénombrait 242 234 aides-soignants (France entière, secteurs publics/privés) A noter que les capacités d'accueil dans les écoles d'aides-soignants, ont été notablement relevées en 2002, les portant de 13 045 places à 20 000.

Il s'agit de la famille professionnelle soignante et du métier où les postes à pourvoir sont les plus nombreux : 603 000 salariés en 2015, avec une création nette de 151 000 postes entre 2005 et 2015 ; 109 000 départs de l'emploi sur la même période ; 260 000 postes à pourvoir. Les emplois à pourvoir chaque année représentent en moyenne 5 % de l'emploi moyen.

Sages-femmes

- 16 550 sages-femmes sont en activité au 1er janvier 2005 (source ADELI).
- 15 %, soit environ 2 400, le sont dans le secteur libéral (2005) ; les sages-femmes libérales pratiquent surtout des actes infirmiers et spécifiques.
- La profession compte 99 % de femmes ; la part des hommes augmente depuis la réforme instituant la première année de médecine pour les études de sage-femme.
- 0,8 % de sages-femmes sont de nationalité étrangère.
- La moyenne d'âge en 2005 s'élève à 42 ans.
- Le quota de 2004 est de 975 places ; son maintien permettrait de passer de 18 500 à 19 000 sages-femmes en 2020, compte non tenu des taux d'abandon et d'échec estimé à 14 % en moyenne (Tome 3 du Rapport 2004 de l'ONDPS) [D26].

La « durée de vie professionnelle » des sages-femmes a augmenté, passant de 28 ans en 1990 à 34 ans en 1999. 15 % des sages-femmes exercent en libéral au 1er janvier 2004, contre 11,6 % en 1998 [D31].

Le sentiment de pénurie qui prévaut parmi la profession de sage-femme n'est pas confirmé par les chiffres : il existe fin 2003 entre 16 054 (source CNOSF) et 16 765 (source ADELI) sages-femmes en France, selon les sources, ce qui représente une croissance annuelle moyenne de 3 % depuis 1990 [D31] Une pénurie de sages-femmes peut-être identifiée quand on utilise une méthode autre que les projections tendancielles. Par exemple, l'IRDES a expérimenté en Bourgogne une méthode d'évaluation des besoins à partir d'un référentiel de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, décrivant les activités nécessaires à l'exercice des activités, le tout exprimé en équivalent temps plein (ETP). Ce référentiel est élaboré à partir du décret périnatalité, qui décrit les effectifs de sécurité en salle de naissance et en *post-partum* selon le nombre d'accouchements annuel d'un établissement ; les besoins évalués prennent en compte le nombre de naissance. Sur cette base, l'IRDES conclut à un manque de personnel par rapport aux besoins, tandis que la méthode de projection démographique tendancielle n'identifie pas de pénurie (en termes de postes). La méthode expérimentée doit cependant être améliorée, car le temps d'activité en accouchement et *post-partum* fait intervenir d'autres professionnels ; les besoins en temps de travail exercé par les sages-femmes sont donc certainement surestimés. Elle a toutefois l'avantage de prendre en compte l'intensité du travail [D31]. Il devrait y avoir 19 000 sages-femmes à l'horizon 2020 (projection tendancielle) [D31].

Pour les infirmières et les sages-femmes, du fait de la hausse des quotas, les entrées en activité couvriront voire dépasseront les sorties d'activités (d'après les projections tendancielles de la DREES). Pour les sages-femmes, le *numerus clausus* s'élève à 663 en 1998 et 900 à partir de 2002 ; le nombre de sages-femmes devrait augmenter de 8 % en 2010, 19 % en 2020 [D27].

Manipulateurs radio

Au 1er janvier 2005 (source ADELI) on dénombrait 24 512 manipulateurs radio (France entière). Leurs effectifs ont connu un taux de croissance annuel moyen de 1,3 % sur la période 2000-2003 et de 2,6 % sur la période 2000-2005. Les manipulateurs d'électroradiologie médicale connaîtront un solde entrées/sorties positif dans les 20 ans à venir, mais en décroissance [D27].

Néanmoins, les remontées du terrain sur la situation actuelle sont préoccupantes en rapport avec l'arrivée des équipements lourds. La pénurie de personnel manipulateur entraîne une surenchère au niveau des salaires et des écarts très importants (2000 à 2 500 euros dans le secteur privé — 1 254 euros dans la FPH). De plus, dans la FPH, les titularisations « traînent », les établissements préférant recruter des agents contractuels (problème de coûts) [Association professionnelle].

Impacts sur les établissements (organisation)

« Les départs à la retraite conjugués aux recrutements auront des effets intergénérationnels à anticiper de même que la fin de carrière devra être mieux gérée » [Propos d'expert].

Difficultés de recrutement

L'ONDPS a pu développer dans son rapport 2005 une réflexion prospective sur les effets possibles des cessations d'activité sur les effectifs hospitaliers.

Les cessations d'activités rendent critique le renouvellement :
– des spécialités suivantes : Médecine interne, neurochirurgie, rééducation fonctionnelle ;
– psychiatrie, radiothérapie, stomatologie [D28].

Intensification de la concurrence entre établissements pour attirer le personnel

« La pénurie de médecins est très bien connue et évaluée, on y est déjà. Ce phénomène va provoquer une tension sur l'offre et un glissement de tâches, ainsi qu'une surenchère entre établissements pour attirer les médecins » [Propos d'expert].

Féminisation et salarisation de l'emploi

La tendance constatée à la féminisation des professions de santé pourrait induire à terme un accroissement des effectifs salariés par rapport à l'effectif libéral, notamment si les comportements actuels de choix de carrière des femmes demeurent inchangés (projection tendancielle de la DREES : baisse de 15 % du nombre de médecins libéraux entre 2005 et 2025) [D27].

Des recrutements plus ciblés

« Dans le secteur de l'hôpital, des maisons de retraite et des soins à domicile, les restrictions liées au *numerus clausus* applicables aux médecins et aux infirmières vont conduire à de fortes tensions sur ces métiers. Dans ce cadre et dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, les recrutements devraient continuer

vers les métiers d'aides-soignants et de service aux personnes. Ces personnels seraient alors chargés d'une partie des tâches d'aide aux malades et aux personnes âgées, anciennement dévolues aux infirmières. Une telle évolution pourrait offrir, moyennant des formations adaptées, des débouchés à des personnes actuellement éloignées du marché du travail. Mais elle pourrait entraîner des difficultés entre les différents intervenants pour identifier et reconnaître les actes effectués par chacun et ouvrir des perspectives de carrière aux moins qualifiés » (p. 5) [D30].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

« L'offre médicale va se réduire considérablement, aussi les médecins se concentrent-ils sur leur cœur de métier, d'où une nouvelle répartition des activités entre médicaux et paramédicaux.

Le nombre de médecins par habitant se réduit (340 à 280 médecins pour 100 000 habitants) ainsi que le temps de travail, alors que la demande augmente, du fait notamment du vieillissement de la population et du développement de priorités de santé publique.

Le temps médecin malade se réduit de sorte que des espaces professionnels s'ouvrent entre les aides-soignants, les infirmiers et les médecins.

Un des enjeux de la réforme LMD (licence maîtrise doctorat) consiste notamment à réduire les études longues (le « D » de LMD, les doctorats) ; cela suppose au préalable un transfert de tâches exercées pour l'heure par des professionnels de niveau D (doctorat) vers les professionnels titulaires de diplômes de niveau licence (L) et mastère (M). Toutes les disciplines médicales sont concernées par ces besoins de transfert » [Propos d'expert].

Glissement de compétences

« Le premier facteur fondamental est celui des départs à la retraite. Sur ce thème, l'enjeu est d'avoir une bonne estimation, pour les 10-15 ans à venir. Mais pour les politiques de formation, le risque est d'avoir des évaluations année par année sans prendre en compte les changements de comportements, notamment sur l'âge de départ à la retraite par exemple » [Propos d'expert].

La baisse de la démographie médicale suppose un transfert organisé des compétences (modification de l'organisation des tâches entre médecins et paramédicaux et entre paramédicaux eux-mêmes).

Volonté de revoir les modalités de promotion professionnelle

La démographie professionnelle a un impact sur les métiers managériaux : il va y avoir un appel d'air des fonctions dirigeantes, du fait de la présence d'une classe vieillissante de dirigeants, y compris dans les établissements médico-sociaux. Cet enjeu nourrit l'idée de revoir les modes de promotion aux fonctions de cadre (remise en cause du système de concours interne et externe) [Propos d'expert].

Interactions avec les autres facteurs

4b ; 8c ; 10a ; 10b.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
		***

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Remarques complémentaires

Les données chiffrées existantes relativisent nettement le sentiment de pénurie existant actuellement au sein des établissements de santé. D'après les projections démographiques, les tensions se manifesteraient de façon plus marquée à partir de la période 2012-2015.

Sources

Documents

D001 Commissariat général au plan (2005), *Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004*, CGP, mai 2005, 52 p.

D006 Berland Yvon (2003), *Rapport d'étape de la mission « Coopération de professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes, octobre 2003, 57 p.

D018 Onemfph (2003), *Données démographiques Horizon 2015*, DHOS, mai 2003, 24 p.

D019 Bessière Sabine, Breuil-Genier Pascale et Darriné Serge (2004a), « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et Résultats*, Drees, novembre 2004, n° 352, 12 p.

D020 Bessière Sabine, Breuil-Genier Pascale et Darriné Serge (2004b), « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections », *Études et Résultats*, Drees, novembre 2004, n° 353, 12 p.

D026 Sicart Daniel (2006), « Les évolutions démographiques des professions de santé », *Dossiers Solidarité et Santé*, La Documentation Française, janvier-mars 2006, n° 1, pp. 7-22.

D027 Ondps (2005), *Synthèse générale Rapport 2004*, Ondps, 60 p.

D028 Ondps (2006), *Synthèse générale Rapport 2005*, Ondps, 60 p.

D030 Chardon Olivier, Estrade Marc-Antoine et Toutlemonde Fabien (2005), « Les métiers en 2015 : l'impact du départ des générations du baby-boom », *Premières Informations Premières Synthèses*, Dares, décembre 2005, n° 50.1, 8 p.

D031 Midy Fabienne, Legal Renaud et Tisserand Françoise (2005), « La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins », Questions d'économie de la santé. *Bulletin d'information en économie de la santé*, Irdes, décembre 2005, n° 101, 4 p.

D032 DARRINÉ Serge (2003), Projection du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020. Sources, méthodes, principaux résultats, DREES, Document de travail Série études, septembre 2003, n° 34, 38 p.

D033 CHIRACHE Sylvère et SAUVAGEOT Claude (2006), « Prospective emploi-formation à l'horizon 2015 », *Note d'information*, MINEDUCESR, février 2006, n° 06.03, 6 p.

D034 COLLET Marc (2003), *Projection du nombre de pharmaciens en activité en France à l'horizon 2030. Sources, méthodes et principaux résultats*, DREES, Document de travail, Série études, novembre 2005, n° 54, 108 p.

D047 Observatoire de la fonction publique (2006), *Rapport annuel 2004-2005*, Paris, La Documentation française, 198 p.

D138 SAINT-ANDRÉ Jean-Paul et RICHARD Isabelle (2007), « La crise de la démographie médicale : une illusion ? », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 65-75.

D158 BOURGUEIL Yann, DÜRR Ulrike, DE POUVOURVILLE Gérard et ROCAMORA-HOUZARD Sophie (2002), « La régulation des professions de santé – études monographiques. Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, États-Unis. Rapport final », *Document de travail. Série études*, DREES, n° 22, mars 2002, 236 p.

D159 BOURGUEIL Yann, MOUSQUÈS Julien et TAJAHMADI Ayden (2006), *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France*, Paris, IRDES, 70 p.

D160 Conseil d'orientation des retraites (2007), *Retraites : questions et orientations pour 2008*, Paris, COR, Adopté en janvier 2007, 211 p.

D167 CHARDON Olivier et ESTRADE Marc-Antoine (2007), *Les métiers en 2015*, Paris, Centre d'analyse stratégique/DARES, Rapport du groupe « Prospective des métiers et qualifications », janvier 2007, 179 p.

D169 BERLAND Yvon (2006), *Mission « Démographie médicale hospitalière*, septembre 2006, 201 p.

2. Évolution de la demande des usagers

2a. Un patient acteur de sa propre santé qui souhaite être mieux informé et associé aux décisions le concernant

Contexte – problématique

On constate une demande accrue, de la part de beaucoup de patients, d'être considérés comme des acteurs de leur propre santé, et de voir leur droit à l'information et à la transparence reconnu : demande d'information et d'explications, participation à la décision et au processus de soin.

Cette demande trouve son prolongement dans l'affirmation de véritables droits (cf. dispositions de la loi du 4 mars 2002, loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie). Les textes affirment le droit du patient à une information de qualité, c'est-à-dire adaptée, claire, pertinente et compréhensible.

Aussi la demande de conciliation et de médiation entre les patients, leur famille, et l'institution semble-t-elle s'accroître (plus d'ailleurs que les véritables contentieux). Elle devrait encore s'amplifier avec l'arrivée de la génération des « papys-boomers » (cf. 1a).

Risques – Enjeux

- Risque d'accroissement des contentieux.
- Risque de perte d'attractivité.
- Risque de perte de temps ou de ré-hospitalisation en cas d'information mal délivrée.
- Nécessité d'engager une réflexion d'ordre éthique sur la relation soignant/soigné.

Affirmation du droit à l'information

Le besoin d'information exprimé par les usagers est un droit, affirmé dans la *Charte du patient hospitalisé*. La Haute Autorité de santé (HAS) est attentive au respect de ce droit par les établissements [Propos d'expert].

La loi du 4 mars 2002 a instauré un système qualifié de « démocratie sanitaire » témoignant du fait que le malade, l'usager du système de santé n'est pas seulement un sujet de droit (ou de droits) mais aussi un acteur direct de sa propre prise en charge.

La loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades ont parachevé ce processus, en enrichissant sensiblement le droit positif. Les dispositions du code de la santé, dans ce domaine, ont été complétées par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

La nouvelle Charte de la personne hospitalisée, annexée à la circulaire du 2 mars 2006, procède donc à une actualisation de la précédente Charte, la complétant substantiellement et offrant l'opportunité d'une nouvelle campagne de sensibilisation des acteurs hospitaliers sur les thématiques liées aux droits des malades [D07].

La nouvelle charte du patient hospitalisé aborde les thèmes suivants :

- Les droits du patient afférents aux soins : obligations de soin ; principe de continuité des soins ; douleurs et soins palliatifs ; qualité des soins ;
  - le droit du patient à l'information : protection de la confidentialité ; accès au dossier médical ; harmonisation de l'information au sein de l'équipe soignante ;
  - consentement du patient dans la relation soignant-soigné : principe de l'intégrité corporelle ; question du consentement nécessairement éclairé ; droit au refus de soin et limites de ce droit ; cas de l'hospitalisation sous contrainte ; rôle propre de l'infirmier dans le recueil du consentement du patient.
- Le patient et les lois bioéthiques.
- Les droits du patient à l'accès aux soins ;
  - de la protection des libertés individuelles à l'expression des droits collectifs des patients : les libertés individuelles, droit d'aller et venir, libertés d'opinion et d'expression ; expression de droits collectifs ;
  - respect de la personne du patient, de son intimité, de sa tranquillité : respect de la dignité du patient ; garantie de la liberté de pensée ; respect de l'intimité [D07].

Les patients et les familles souhaitent être associés au choix, d'autant que les thérapies deviennent complexes. Les médecins et autres soignants doivent être formés aux sciences humaines. « Dire, parler, oraliser, créer du lien » [D07].

L'organisation des réseaux de soins est un enjeu fort sur le court et le moyen terme pour assurer la continuité des soins et leur qualité. La mise en place progressive, difficile certes mais inéluctable du dossier patient s'inscrit dans cette perspective. La structuration progressive des réseaux (gérontologique, psychiatriques, cancer…) se heurte bien souvent à des problèmes de connaissance par le grand public des structures de prises en charge. En effet, l'offre de soins et de prise en charge est peu connue du grand public. Pour le patient, il est très difficile de connaître les services ou prises en charge à disposition et plus globalement de se repérer dans le système de santé. Les structures de soins (hôpitaux, cliniques, services de soins à domicile) ont encore de gros efforts à faire en matière d'information des usagers (y compris des médecins généralistes), pour rendre lisible leur offre [Propos d'expert].

Impacts sur les établissements

De nouvelles formes d'implication collective des usagers et des citoyens apparaissent dans l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

Les actions des associations de malades (Aids, Act-up, AFM, les regroupements des associations de malades et d'usages au sein du CISS collectif interassociatif sur la santé) se multiplient, tout comme celles des associations de consommateurs, des familles et d'usagers, qui défend la position d'un malade acteur de sa santé, bénéficiant d'un droit de considération mais aussi de décision. Dès lors, il devient nécessaire d'adapter l'organisation des soins en fonction des types de patients.

La question du patient acteur de sa propre santé doit cependant être posée différemment pour les malades soignés sous contrainte ou pour les personnes majeures incapables (notamment les personnes âgées) [Groupe de travail].

La nécessité juridique de formaliser les informations

Un arrêt rendu en février 1997 par la cour de cassation crée une jurisprudence : « Celui qui est légalement ou contractuellement tenu à une obligation particulière d'information doit apporter la preuve de l'exécution de cette obligation ». C'est donc désormais aux professionnels de soins de faire la preuve de la transmission effective d'une information en cas de litige.

Cet arrêt expliquerait en grande partie l'accélération des démarches de formalisation de l'information au patient, avec le développement de la transmission écrite d'informations (fiches d'information) et l'objectif d'homogénéisation des informations (notamment via le dossier médical) ; mais aussi l'essor des enquêtes de satisfaction, les évaluations locales et les systèmes de recueil de plaintes [D41].

Des plans qui intègrent de plus en plus l'information auprès du patient

Le plan cancer a permis la mise en place d'un « dispositif autour de l'annonce du cancer », dispositif qui « a bénéficié d'une phase expérimentale dans 58 établissements, avant sa généralisation à compter de septembre 2005 » [D127].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Les besoins de formation

Des besoins de formation pour acquérir de nouvelles compétences d'accueil et de relation aux patients se font ressentir, tout particulièrement :
– formations dans le domaine de la psychologie (annonce du diagnostic, accompagnement des malades, etc.) ;
– formations sur la diffusion et le partage des informations auprès des patients.

Beaucoup de dispositifs relatifs aux droits du patient apparaissent (personne de confiance, refus de greffe, refus de soins…), que les établissements ne savent pas toujours bien appliquer compte tenu de leur complexité et, parfois, de leurs ambiguïtés. L'inflation des normes semble donc rendre nécessaire un enrichissement des connaissances juridiques des personnels, et ce d'autant plus que le droit est peu abordé en formation initiale (en général les élèves n'y sont d'ailleurs pas réceptifs). Il s'agirait moins de faire émerger des nouveaux métiers qu'une

nouvelle organisation avec des référents, des médiateurs non médicaux ainsi qu'une sensibilisation de tous les personnels médicaux et soignants. L'engagement d'une réflexion d'ordre éthique semble également indispensable [Groupe de travail].

Définition des responsabilités dans les relations aux patients

Se pose la question de la mise en œuvre de ce droit à l'information par les équipes médicales et soignantes : qui doit informer ? Comment ? Les textes affirment le droit du patient à une information de qualité, c'est-à-dire adaptée, claire, pertinente et compréhensible. Or les professionnels ne sont pas toujours bien formés à délivrer l'information au patient ou à sa famille [Groupe de travail].

Interactions avec les autres facteurs

4d ; 8c ; 9b.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
	**	

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Sources

Documents

D004 Credes (2000), *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale, octobre 2000, 357 p.

D007 Nouvelle Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006. Droits des malades et démocratie sanitaire, 33 p.

D083 Unaf (2004), *Enquête Hôpital et parents : l'histoire d'une alliance indispensable*, Unaf, 2e semestre 2004, 38 p.

D136 Dubin Jacques (2007), « La place du patient », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 40-51.

D137 Dreyfuss Didier, Garapon Antoine, le Blanc Guillaume, Morin Jean-Marc (2007), « Médecine-justice : quelle responsabilité ? – Table ronde », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 52-65.

Groupe de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Nouvelles demandes de l'usager.

2b. Un patient-usager qui s'implique de façon croissante dans le fonctionnement des établissements

Contexte – problématique

Se précise désormais le profil d'un usager informé et actif, soucieux de contribuer à l'amélioration du système de santé qui, par l'intermédiaire de ses représentants, souhaite être associé aux arbitrages et aux choix faits par les établissements.

C'est dans le cadre de ce mouvement que s'est développée depuis 1996 (présence d'usagers dans les conseils d'administration des hôpitaux) la représentation des usagers dans les instances de santé publique.

L'implication des usagers dans le fonctionnement des établissements reste cependant marginale (à l'exception des structures sociales et médico-sociales).

La difficulté demeure en effet de trouver en nombre suffisant des représentants des usagers formés à leur fonction.

Implication des associations

Les ordonnances Juppé de 1996 introduisent la représentation des associations familiales dans les conseils d'administration des établissements de santé.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a tranché : le patient est un usager du système de santé, acteur et responsable, tant dans la démarche thérapeutique à laquelle il est invité à adhérer activement, dans son individualité, que dans les démarches collectives et représentatives dans les institutions structurant le système de santé [D07].

Impacts sur les établissements (organisation)

Création de nouvelles structures dédiées à l'accueil et à l'information des patients

L'implication des usagers dans le fonctionnement des établissements est encore marginale, mais tend à s'affirmer, notamment au sein des commissions des relations avec les usagers ; la demande qui s'exprime est surtout une demande d'information et de transparence, notamment sur la vie de l'institution.

Ainsi, l'AP-HP a mis en place une « maison des usagers » et des « espaces rencontres information » (ERI) qui sont amenés à jouer un rôle croissant dans l'information et l'éducation des patients souffrant de maladies chroniques (diabète par exemple) ou dans la prévention (cancer de la peau, nutrition…).

Certaines associations de malades sont par ailleurs fortement motrices sur la question de l'évolution de la prise en charge de certaines pathologies (enfants malades du cancer, maladies rares et génétiques, SIDA…). On assiste également à l'émergence de représentants des patients souffrant de pathologies psychiatriques (regroupés dans la Fédération nationale des associations des patients psychiatriques) [Groupe de travail].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Besoin d'amélioration de la diffusion des informations

Les attentes de la population portent sur la demande d'informations et d'explications ; la participation à la décision et au processus de soins ; la prise en charge humaine ; le besoin d'une écoute importante et d'une reconnaissance de la personne ; la demande d'une continuité des soins et de la prise en charge ; des actions de prévention plus nombreuses et un accès de proximité [Groupe de travail].

Encadrer et professionnaliser l'insertion des patients, de leurs familles et de leurs représentants dans l'hôpital

Le représentant des usagers doit jouer un rôle accru dans le cadre de la nouvelle gouvernance et de la procédure de certification ; mais cela nécessite une véritable « professionnalisation ».

De même, la place des familles ou des bénévoles dans la prise en charge devrait être amenée à évoluer ; les équipes soignantes ont en effet peu l'habitude de travailler avec eux [Groupe de travail].

Interactions avec les autres facteurs

3a ; 3b.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
	***	

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Sources

Document

D007 Nouvelle Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006. Droits des malades et démocratie sanitaire, 33 p.

D136 Dubin Jacques (2007), « La place du patient », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 40-51.

D142 Dreyfuss Didier et Lemaire François (2007), « Fin de vie : pour une entente des malades et des médecins », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 107-117.

Groupe de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Nouvelles demandes de l'usager.

2c. Des patients « consommateurs », exprimant des exigences sur la qualité de la prise en charge dans toutes ses composantes

Contexte – problématique

La notion d'attente des usagers semble se substituer à la notion de besoin. Les usagers souhaitent en effet savoir où se trouve la meilleure offre (non seulement de soins, mais aussi d'hébergement, d'accueil, de sécurité…) ; ils se trouvent aidés dans leurs choix par les classements d'établissements ou par les dispositifs privés d'information sur la qualité de l'offre des établissements, qui se multiplient. L'apparition d'indicateurs de performance des établissements va en ce sens.

L'attente des usagers porte notamment sur deux aspects :

- Une prise en charge hôtelière coordonnée et un accueil améliorés : compte tenu de la concurrence accrue entre les établissements de santé, l'attractivité hôtelière peut devenir discriminante.
- Le développement d'une approche globale de la prise en charge du patient : le raccourcissement de la durée des séjours hospitaliers nécessite une « optimisation » du séjour du patient, et fait émerger un besoin de coordination, d'organisation et de suivi de l'ensemble du séjour par un professionnel unique. Le patient lui-même est demandeur d'une « personnalisation » de sa prise en charge, afin d'avoir un référent pendant son séjour.

La mise en place de guichets uniques (rapprochement des secrétariats médicaux et de l'accueil administratif notamment), qui fait évoluer la relation soignants/administration, rejoint cette double préoccupation.

S'il est vrai que dans les établissements, c'est la logique de l'usager qui prévaut, force est de reconnaître que désormais ce sont les patients qui choisissent et imposent, d'une certaine manière, la logique client [Groupe de travail].

Impacts sur les établissements (organisation)

Exigences accrues de qualité et de maîtrise des coûts

Si aucune crise économique majeure n'apparaît, la préoccupation majeure des Français demeurera la santé.

Une tendance comportementale lourde s'affirme, celle d'une grande exigence de qualité (d'efficacité ?).

Par ailleurs, la part payante hors sécurité sociale va augmenter ; de ce fait, le patient regarde de plus en plus le rapport coût/qualité, et particulièrement sur des éléments périphériques à la prise en charge médicale, tels que l'hébergement, l'accueil, l'information… [Propos d'expert].

L'exigence d'attractivité intensifiée par une pression concurrentielle accrue

Les usagers souhaitent savoir où se trouve la meilleure offre (non seulement de soins, mais aussi hôtelière), et se trouvent aidés dans leurs choix par les classements d'établissements ou par les dispositifs privés d'information sur la qualité de l'offre des établissements (Mutualité, AF…), qui se multiplient. L'apparition d'indicateurs de performance des établissements va dans ce sens. Le pouvoir des usagers vient désormais de leur capacité à choisir l'établissement qui leur convient. Aussi les établissements doivent-ils travailler sur leur attractivité, et s'appuyer pour ce faire sur des dispositifs d'évaluation de la satisfaction des usagers-patients et de repérage des dysfonctionnements intégrés dans leur fonctionnement.

L'exigence de l'usager en qualité et sécurité est toujours plus forte. D'où la certification, l'accréditation, l'évaluation des pratiques professionnelles, la gestion des risques… qui devraient avoir un impact fort sur la formation initiale et continue.

Les usagers sont de plus en plus demandeurs d'informations sur le système et les acteurs de santé. Ils souhaitent disposer d'éléments de comparaison (exemple de la Grande-Bretagne où les évaluations de structures de soins réalisées par des professionnels sont accessibles sur Internet : taux d'infections nosocomiales, nombre et type d'interventions pratiquées…) [Groupe de travail].

Les arrêts Kohll (affaire C-158/96) et Dekker (affaire C-120/95) de la cour de justice des communautés européennes du 28 avril 1998 introduisent une nouvelle liberté pour le patient européen qui n'est pas sans impact sur la gestion nationale de l'offre de soin [D04].

Définir les devoirs du patient

On peut remarquer que, si la Charte de la personne hospitalisée précise les droits du patient, elle omet toutefois de mentionner ses obligations vis-à-vis de l'institution ; or le comportement de certains patients nécessite un encadrement réglementaire plus explicite.

Une demande de médiation

On a constaté un accroissement des demandes d'indemnisation, à la faveur de la mise en place des commissions régionales de conciliation et d'Indemnisation. Le nombre de ces demandes semble cependant s'être stabilisé, et il semble excessif de parler de « judiciarisation ».

La prise en charge hôtelière devient un facteur de différenciation

Compte tenu de la concurrence accrue entre les établissements de santé, l'attractivité hôtelière devient parfois un élément très important du choix des patients pour un établissement ou un autre (par exemple pour le choix d'une maternité). La question de la prise en charge hôtelière peut donc devenir discriminante dans certaines disciplines.

On peut citer l'exemple du dispositif innovant mis en place par le CHU de Lille qui vise à répondre à cette attente nouvelle. Il s'agit de répondre aux attentes de l'usager liées à l'éloignement de son domicile en mettant en place une organisation adaptée. Cette organisation de la prise en charge hôtelière de l'usager doit être mise en œuvre par une personne dédiée à cette activité (un « intendant », un conseiller ou un responsable hôtelier), qui en décharge les soignants et leur libère du temps pour le soin. L'hôtellerie hospitalière vise en fait à la mise en place de conditions favorables aux soins [Groupe de travail].

La nécessité de renforcer les liens entre l'hôpital et le médecin référent

« La présence des usagers est nécessaire dans le fonctionnement du système de santé ; mais sur ce plan, il convient de faire attention et regarder dans quelle mesure les associations de malades sont bien représentatives des usagers » [Propos d'expert].

La judiciarisation n'est pas vraiment une réalité en France, contrairement à certains pays, notamment anglo-saxons [Propos d'expert].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Redéfinition de la responsabilité professionnelle

Le patient « consommateur » est de plus en plus averti, ce qui alimente une pression sur le personnel soignant et provoque un changement de position vis-à-vis du médecin, qui ne représente plus autant qu'avant « celui qui sait » [Propos d'expert].

Une nouvelle approche de la responsabilité des professionnels de santé paramédicaux, se dessine donc : responsabilité revendiquée, recherchée, sollicitée en vue d'une pleine reconnaissance de prérogatives professionnelles (le « *rôle propre »,* le respect de l'identité professionnelle, les limitations institutionnelles apportées au *« pouvoir médical »* par la reconnaissance juridique du service de soins infirmiers), mais aussi responsabilité subie, assumée en raison de la plus grande exigence des patients bénéficiaires de la prestation de soins. Dans le mode traditionnel, était mis en exergue le « colloque singulier » entre le médecin et le malade, caractéristique d'un travail sur un mode généralement individuel. Certains patients se sont affirmés comme acteurs. Les professionnels paramédicaux ont exigé de leur côté la reconnaissance d'un rôle propre. La prise en charge médicale s'est faite plurielle, par le biais d'une équipe soignante pluridisciplinaire [D07].

L'émergence d'un patient « consumériste » entraîne un déplacement des risques et des responsabilités, qui peut produire du *stress* chez les soignants : « Ellen Annandale [professeur en sociologie à l'université de Leicester, spécialiste de la santé] étudie le risque croissant du travail soignant — infirmières et sages-femmes

— lié au développement de la comptabilité du rendement individuel, dans le cadre de l'amélioration de la qualité, et à la montée d'un patient consumériste, qui est plus apte en théorie et en droit à choisir les soins (Annandale E. (1996), « Working on the front-line : risk culture and nursing in the new NHS », *The sociological review,* Vol. 44, n° 3, p. 416-451). Cela est générateur de stress et de pratiques défensives, de perte de temps tout autant que d'amélioration de la qualité des soins. Le patient devient un « *risk generator* » [D62, p. 79].

Affirmation d'un besoin de compétences en communication et en médiation

À l'extérieur de l'hôpital, dans des associations de patients, il existe un besoin de communication. Des modules de formation « communication et pathologie » seraient à développer au sein des métiers existants.

La demande de conciliation et de médiation semble s'accroître ; c'est précisément l'apparition de lieux de conciliation et de médiation qui a permis d'éviter les contentieux. La conciliation répond au besoin exprimé par les familles d'être écouté et d'obtenir des réponses à leurs questions plus que de recourir à la justice.

On peut confier des rôles de référents à certains professionnels sans qu'il soit nécessaire qu'ils s'y consacrent à plein-temps ; cela nécessite qu'une vraie compétence en médiation émerge. Parallèlement, une sensibilisation des médecins et des soignants semble nécessaire [Propos d'expert].

Les métiers en émergence à l'AP-HP dans le secteur de la logistique sont ceux de l'hôtellerie et de l'accueil, avec en filigrane la question de l'externalisation de cette fonction et celle de l'apparition de nouvelles prestations hôtelières [Propos d'expert].

Autres métiers émergents

L'enquête réalisée en 2000 sur les emplois jeunes dans les hôpitaux publics identifie trois types de métiers « liés à l'hôpital du XXIe siècle » (p. 61). Parmi ceux-ci figurent les « métiers liés à la communication et à l'évaluation du degré de satisfaction des usagers ». Il s'agit de métiers tels que les assistants de communication sur site, les agents d'enquête qualité [D54].

Interactions avec les autres facteurs

9b.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
		***

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Sources

Documents

D001 Commissariat général au plan (2005), *Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004,* CGP, mai 2005, 52 p.

D004 Credes (2000), *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale, octobre 2000, 357 p.

D007 Nouvelle Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006. Droits des malades et démocratie sanitaire, 33 p.

D041 Amar Laure et Minvielle Étienne (2000), « L'action publique en faveur de l'usager : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. Le cas de l'obligation d'informer le malade », *Sociologie du travail*, n° 42, pp. 70-89.

D054 Dhos – Obea (2000), *Étude des activités et des métiers émergents dans les établissements de santé au titre du programme nouveaux services emplois jeunes, Direction des hôpitaux*, 147 p.

D062 Sainsaulieu Ivan (2006), « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, n° 48, pp. 72-87.

Groupes de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Nouvelles demandes de l'usager.

2d. Le développement de dispositifs spécifiques d'accompagnement de certaines populations : personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de pathologies mentales, populations précaires…

Contexte – problématique

L'accroissement des populations aux besoins médicaux, sociaux, psychologiques très divers (personnes âgées, en difficulté financière ou sociale, patients d'origine ethnique ou d'appartenance religieuse parfois très différentes…) nécessite que soient mis en place des dispositifs de prise en charge différenciés.

Ainsi, pour les patients psychiatriques, il existe une forte attente de prise en charge associant les soins et la prise en charge sociale et médico-sociale (un quart de la population psychiatrique présente de graves difficultés sociales), dans le cadre d'une post-hospitalisation.

De même, la prise en charge des personnes âgées nécessite des savoir-faire complémentaires (par exemple pour prendre en charge les personnes atteintes de pathologies dégénératives).

Plus globalement, une action coordonnée de l'ensemble des réseaux sanitaires, sociaux et médico-sociaux semble nécessaire.

Au-delà du développement de l'approche globale de la prise en charge qui inclut une dimension d'information et d'éducation du patient (F3d), les pratiques de prévention et d'éducation thérapeutique se développent pour tous les patients, en particulier dans le cadre des maladies chroniques et/ou de l'hospitalisation à domicile. Outre la recherche d'une plus grande efficience thérapeutique, cette tendance correspond à l'aspiration des patients à être plus autonome (2a).

Ceci rejoint la revendication ancienne des paramédicaux de se voir reconnaître une carrière clinique. La réglementation des professions joue un rôle protecteur qui montre ses limites quand il s'agit d'adapter rapidement les actes des professionnels à des moyens et des besoins en évolution.

Les missions spécifiques de l'hôpital public : la prise en charge de publics spécifiques

« La question de fond est que, dans l'hôpital, l'humain disparaît au profit de la technique. Le risque est que le souci de la personne, tant du soigné que du soignant, de l'entourage, disparaît au profit d'une médecine uniquement scientifique où la technologie primerait sur l'humain. »

« L'hôpital public ne peut faire le choix de sa "clientèle" ; il doit pouvoir répondre aux besoins spécifiques des personnes en difficulté sociale » [Propos d'expert].

Il est largement constaté, outre une formidable et inquiétante sous estimation du vieillissement des usagers, une insuffisante prise en compte de certaines populations spécifiques (démunis, adolescent…) Ces populations apparaissent souvent comme venant désorganiser les services, perturber les prises en charges classiques, déstabiliser les équipes soignantes. La violence des usagers ou de leur famille à l'hôpital est par exemple souvent appréhendée de manière extérieure à la prise en charge, comme des événements indésirables, alors que bien souvent ces phénomènes mériteraient d'être mieux connus, justement pour être mieux gérés. Des savoirs spécifiques dans ce domaine sont sans doute à acquérir plus largement par les équipes et font partis de la prise en charge [Groupe de travail].

Les populations en situation de précarité, les personnes âgées sont souvent montrées du doigt au motif qu'elles désorganisent l'hôpital et ces services de court séjour. Mais que reste-t-il à l'hôpital si on enlève les plus de 75 ans, les adolescents, les malades mentaux… ? Son public est largement composé de ces catégories [Propos d'expert].

Difficultés à coordonner l'information et la prise en charge des publics spécifiques

De nombreuses personnes d'origines diverses sont défavorisées, perdues dans le système de santé, en « errance thérapeutique ».

Le besoin d'accompagnement, de coordonner l'information s'affirme de plus en plus [Propos d'expert].

L'hôpital public a du mal à prendre en charge les personnes âgées : organiser et accompagner le retour au domicile, gérer la fin de vie, les pathologies complexes avec dégénérescence mentale… [Groupe de travail].

Impacts sur les établissements (organisation)

Affirmation d'une demande de prise en charge globale

Les usagers expriment de façon croissante le besoin d'une approche globale dans leur prise en charge. Rappelons qu'il faut bien parler d'approche globale de la prise en charge et non de prise en charge globale, car le patient est la plupart du temps autonome et peut se prendre en charge lui-même. Or la « division des tâches » aujourd'hui à l'œuvre est difficilement compatible avec ce principe.

L'affirmation de besoins spécifiques

Une fonction majeure de l'hôpital est le soin aux mourants (75 % de la population décède à l'hôpital). Les usagers sont en demande sur la prise en charge de la mort à l'hôpital et sur les prestations et l'accueil que celui-ci peuvent leur fournir. Bien qu'une loi de 1993 confie aux opérateurs privés le soin de s'occuper du corps, certains établissements améliorent de plus en plus leurs prestations mortuaires et y consacrant davantage de moyens (humains et matériels).

Face aux problèmes liés à la dimension religieuse des conditions de prise en charge (en urgence notamment), des aumôniers des principales religions sont déjà mobilisés ; la recherche d'une meilleure collaboration entre les soignants et autres agents en contact avec les malades et les familles est sans doute un chantier d'avenir (gestion des incidents, formation des agents funéraires aux rites…).

Les problèmes de langue (interprétariat) se posent parfois, et ce d'autant plus qu'on est dans une logique de séjours courts [Groupe de travail].

L'émergence d'une fonction de coordination entre institutions

Au-delà de la question de la coordination du séjour apparaît également la question de la coordination de la prise en charge *en amont* et *en aval du* séjour : est-ce à l'hôpital de jouer ce rôle de coordination ? Quelle articulation entre le secteur hospitalier et la ville ? Les réseaux de santé n'ont-ils pas un rôle particulier à jouer (besoin d'animateurs des réseaux de santé) ? Une clarification ou une évolution des responsabilités respectives est nécessaire [Groupe de travail].

L'émergence d'une fonction de coordination interservices et interpersonnel dans l'hôpital

Le raccourcissement de la durée des séjours hospitaliers nécessite une « optimisation » du séjour du patient, et fait émerger un besoin de coordination, d'organisation et de suivi de l'ensemble du séjour du patient par un professionnel unique. Certains établissements commencent à mettre en place ce type de dispositif (par exemple l'Institut Curie), qui nécessite que l'ensemble de l'équipe médicale et soignante se réorganise. Le patient lui-même est demandeur d'une « personnalisation » de sa prise en charge, afin d'avoir un interlocuteur unique pendant son séjour.

Aussi les frontières entre les métiers seront-elles peut-être de plus en plus poreuses, la réponse au patient devant être multiple (l'évolution des décrets relatifs aux actes des paramédicaux semble à terme nécessaire) [Groupe de travail].

Impact sur les RH, métiers, compétences

Besoin de confortation de métiers clés

Les assistantes sociales ont un rôle important à jouer dans la préparation de l'aval du séjour.

Pour mieux accueillir des patients, il faut plus de psychologues à l'hôpital, qui pourraient d'ailleurs être des psychologues bénévoles, issus d'associations. Un psychologue dans un service d'urgence pourrait faire diminuer de moitié le temps d'attente et surtout les tensions entre les patients, leurs familles et les équipes de soins [Propos d'expert].

Développement de métiers périphériques

L'éducation à la santé se développe de plus en plus, mais pas dans l'hôpital : il s'agit plutôt d'un personnel externe qui se met à disposition des hôpitaux [Groupe de travail].

On observe un phénomène d'« *empowerment* » du patient (patient-acteur), qui engendre un besoin de nouvelles pratiques, notamment en matière de gestion de l'information : nouvelles pathologies induisant une pratique d'éducation thérapeutique, information du patient (annonce du diagnostic, etc.) [Groupe de travail].

En psychiatrie : émergence de besoins en personnels socio-éducatifs

L'immense majorité de la file active des patients psychiatriques n'est pas hospitalisée ; par ailleurs, un quart de la population psychiatrique présente de graves difficultés sociales. Les besoins de places en structures de post-hospitalisation ont considérablement augmenté, l'hospitalisation en psychiatrie se concentrant désormais sur la phase aiguë de la maladie. Aussi un rapport du Conseil économique et social de 1997 constate-t-il l'accroissement des besoins en personnels socio-éducatifs [Propos d'expert].

Interactions avec les autres facteurs

3b ; 4a ; 4d.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
*		

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Sources

Documents

D142 DREYFUSS Didier et LEMAIRE François (2007), « Fin de vie : pour une entente des malades et des médecins », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 107-117.

Groupe de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Nouvelles demandes de l'usager.

3. Évolution de l'organisation de l'offre de soins

3a. Un paysage hospitalier qui se reconfigure au niveau des territoires

Contexte – problématique

Les SROS de 3e génération se construisent sur la base d'une plus grande rationalisation des moyens notamment des plateaux techniques, et une répartition des plus en plus marquée des missions des différents acteurs de soins. Le développement des réseaux, de l'hospitalisation à domicile et plus généralement de toutes les structures alternatives à l'hospitalisation classique participe d'un mouvement général de graduation des prises en charge. La spécialisation des plus gros établissements d'une région, universitaires ou non, disposant d'un plateau technique sophistiqué et de multiples expertises, s'accompagne d'un repositionnement progressif des établissements de proximité ou spécialisés dans une pathologie, sur un niveau de prise en charge différent.

Dès lors, les fusions vont probablement se multiplier, mais plus certainement les coopérations, les mutualisations de moyens, les reconversions et les restructurations, d'établissement ou de services. Dans cette perspective, l'organisation des urgences et des transports est appelée à évoluer pour prendre en compte ces nouvelles répartitions d'activité.

Les schémas et les plans nationaux de santé publique conforteront les missions à vocation générale (ex. réseau greffe, cancer…) ou les fonctions interrégionales assurées par certains établissements.

À noter que la dimension européenne est très peu incidente sur la structuration de l'offre, à l'exception des zones frontalières.

Une forte densité d'établissements

« La France est le pays au monde où le nombre d'établissements de soins publics et privés rapporté à la population est le plus élevé : 3 200 pour 63 millions d'habitants (1/20 000 habitants), contre en moyenne 1/40 000 en Europe » [D126].

« La France métropolitaine compte 648 communes qui abritent au total 110 220 lits de chirurgie dont 44 869 publics » [D126].

« Le taux de personnes situées à plus de 30 km d'un établissement de soins public ou privé doté d'un bloc opératoire est inférieur à 1 % de la population française. Les personnes habitant à plus d'une heure de route d'un service de chirurgie (public ou privé) représentent 0,3 % » [D126].

Dilemme entre devoir d'égalité d'accès aux soins et viabilité et sécurité des petits établissements : le cas des activités chirurgicales

« 126 655 actes opératoires ont été réalisés en 2004 dans 113 hôpitaux à moins de 2 000 actes par an. 2 550 types d'opérations différentes ont été effectués dont 344 plus de 100 fois, tous hôpitaux confondus. Certains services de chirurgie sont dans une situation plus que précaire, ne permettant pas d'assurer la sécurité, la qualité et la permanence des soins, soit parce que les blocs opératoires ou les salles de réveil ne sont pas aux normes, soit parce que l'activité est minimale et les chirurgiens parfois formés sans que l'on ne sache vraiment, comment ni par qui » [D126].

« Les 126 655 opérations réalisées dans les petits centres hospitaliers pourraient être facilement absorbées par les hôpitaux de référence dont le surcroît d'activité serait en moyenne d'environ 330 opérations par an, soit entre 2 et 12 % d'accroissement de l'activité selon la taille de l'établissement receveur à la condition que les transferts se fassent intégralement vers lui » [D126].

« La continuité des soins (suivi des opérés par la même équipe) ne peut être efficace sans un nombre minimum de praticiens (trois ou quatre) par grande discipline de chirurgie (viscérale et orthopédie). On conçoit mal comment opérer un malade quand le bloc opératoire ferme la nuit et en fin de semaine » [D126].

« La carte de la répartition des petits hôpitaux qui assurent moins de 2 000 actes opératoires par an ne reflète pas les difficultés géo-climatiques qui pourraient expliquer leur implantation » [D126].

« Augmenter la dotation d'un hôpital dans sa part non variable hors tarification à l'activité, afin de maintenir sous perfusion un bloc opératoire ne tient pas face aux risques encourus d'une faible activité chirurgicale et d'une désaffection des personnels médicaux pour y exercer » [D126].

« La proximité et la cohésion sociale, la prise en charge des personnes âgées et des handicapés doit être maintenue grâce au développement d'autres activités médicales dont ont tout autant besoin les habitants d'un territoire de santé, comme l'accueil des urgences et leur orientation, la médecine aiguë et chronique, la rééducation fonctionnelle. On voit ainsi se dessiner le schéma développé par le rapport du Commissariat au Plan dans son approche des "maisons du bien-être" et de la régionalisation du système de santé en 2025 » [D126].

L'action des établissements s'inscrit dans le cadre de la régionalisation

Les territoires de décisions se modifient avec la régionalisation et la construction européenne.

La loi hospitalière a instauré en 1991 des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui marquent le début du processus de régionalisation : transfert de la compétence budgétaire de l'échelon départemental à l'échelon régional ; création par la loi de 1993 des unions régionales de médecins régionaux ; mise en place des observatoires régionaux de santé ; création des ARH par les

ordonnances de 1996 unifiant la gestion de l'hospitalisation publique et privée sous une même autorité et des URCAM qui doivent coordonner l'action des caisses, institutionnalisation des conférences régionales de santé [Groupe de travail].

Avantages de la territorialisation : mutualisation des moyens et coordination des acteurs accrue

« La restructuration territoriale du paysage hospitalier dans un cadre régional, pilotée par les ARH, permet la mutualisation des moyens et la création de véritables pôles d'excellence » [Propos d'expert].

Les Missions régionales en santé (MRS) ont été créées par la loi du 13 août 2004 ; elles réunissent les ARH et les URAM.

Elles définissent les zones sous-médicalisées pour les médecins généralistes sur la base de deux critères : densité de médecins inférieure d'au moins 30 % à la moyenne ; niveau d'activité des professionnels de santé supérieur d'au moins 30 % à la moyenne.

Elles devront définir pour septembre 2006 les zones de sous densité des professions paramédicales [D29].

Limites et retards de la territorialisation

« Le volet hôpital local devrait se développer au titre de la proximité. Il existe des besoins de plateformes pour que les médecins libéraux puissent venir exercer. Les incitations fiscales mises en œuvre aujourd'hui ne sont pas efficaces, et de toute façon insuffisantes. On peut envisager par exemple des rémunérations salariales aménagées » [Propos d'expert].

« Le décloisonnement de l'HP est souhaitable de façon à ce qu'il s'inscrive dans le chaînage en cours de constitution : définition des besoins de santé, par territoire, organisation des métiers et des compétences au sein de ce territoire (notamment médicales) » [Propos d'expert].

- *Les plans en cours sont très axés sur l'hôpital et pas assez sur l'HAD*

Les SROS III, conçus sur 5 ans, prévoient des redéploiements territoriaux, avec un volet obligatoire sur l'HAD. Mais on ne sait pas dans quelle mesure ils seront appliqués ; par ailleurs, la perspective adoptée (5 ans) est trop courte, il faudrait l'amplifier [Groupe de travail].

- *La décentralisation accentue la concurrence entre territoires.*

« Les SROS de 3e génération soulèvent deux grands enjeux : [Propos d'expert]
– le projet médical de territoire et la coopération avec la médecine libérale et les établissements médicosociaux nécessitent pour réussir un décloisonnement, une évolution des mentalités. Les médecins doivent changer de focus : passer du service hospitalier au territoire de santé, intégrer le parcours du patient, les réseaux, l'HAD…
– le développement de filières de soin régionales et interrégionales (périnatalité, urgence, psychiatrie, maladies rares…) doit s'inscrire dans une approche plus large incluant le développement nécessaire des réseaux et des échanges entre les professionnels de santé ».

« Il n'y a pas actuellement de lien entre SROS et besoins. Le SROS 4 devra mieux réguler l'offre de soins et s'inscrire dans une logique de réduction du nombre d'établissements et de plateaux techniques, mais aussi une logique de réseaux, avec graduation des prises en charge autour des CHU et des pôles d'excellence » [Groupe d'expert].

« Si on analyse les effets de cette redistribution des rôles, on peut prévoir que sur 1 000 établissements de santé, 150 se spécialiseront en chirurgie obstétrique, 100 sur la psychiatrie, 300 deviendront des centres de proximité (accueil d'urgence, soins de suite, addictologie, consultations avancées…), 200 établissements seront des établissements pivots (mixtes privés-publics) [Propos d'expert].

La mise en œuvre de réseaux interrégionaux s'organise

L'organisation et la planification des soins peuvent s'opérer sur des territoires interrégionaux. Les schémas nationaux d'organisation peuvent être définis pour des services ou des technologies dits « rares » : activités de chirurgie cardiaque, de neurochirurgie, de greffes de tissus et d'organes, de prises en charge des grands brûlés, mais aussi la diffusion de nouvelles technologies (neuro-navigateurs, tomographies à positrons…). Des dispositifs peuvent faire l'objet d'organisation interrégionale : transfusion sanguine, lutte contre les maladies nosocomiales, observation épidémiologique, établissement français des greffes [D04].

- *L'organisation régionale en réseaux gradués de services*

Les différents plans et programmes de santé intègrent de plus en plus la dimension territoriale : programmes régionaux de santé multipliés à partir de 1994 ; programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ; personnes âgées ; politique de la ville (plans santé-ville, réseaux de santé de proximité, actions de prévention notamment de la toxicomanie…) [Groupe de travail].

« Les réseaux ville/hôpital séparent moins le sanitaire et le social que ne le fait le réseau des hôpitaux publics » [Propos d'expert].

- *Le développement du transport héliporté des patients contribue à la continuité territoriale des soins*

Dans les réflexions sur la continuité territoriale des services de santé, le problème du temps d'accès aux soins n'est pas assez pris en compte notamment pour les zones éloignées d'un centre hospitalier, ou le développement du transport héliporté est nécessaire [D45].

On constate une forte évolution des prises en charge des personnes âgées, nécessitant le plus souvent une approche plus transversale dans laquelle la problématique transport du patient est déterminante (d'un pôle ou d'une structure de prise en charge à l'autre). À cet égard, la question des prestataires de services (société de transports terrestres ou par air, ambulanciers…) doit être pleinement posée, des pratiques actuelles sur certains territoires posant problème [Groupe de travail].

« Les transports héliportés sont un moyen d'évacuation sûr pour les blessés et les malades urgents dans les zones dites désertifiées lorsque la distance entre le lieu de ramassage et l'hôpital de référence dépasse les 50 km. Ils sont en revanche peu pratiques dans les agglomérations et pour les trajets courts » [D126].

Un report de dépenses sur la région parfois difficile à assumer

« Avec la décentralisation, les régions vont augmenter les dépenses de santé. Quand on est élu, qui plus est responsable de maisons de santé, si on ne veut pas mettre en danger la population, il faut créer des postes supplémentaires pour garantir la qualité des services, même si l'État diminue les moyens » [Propos d'expert].

« Dans une première approche générale de la problématique, où on peut observer une forme de dislocation des institutions déconcentrées de la République (perte d'influence et de pouvoir d'action des tutelles), la question de la place de l'État comme pilote de l'aménagement du territoire peut se poser » [Propos d'expert].

L'hôpital doit prendre en compte les inégalités spatiales selon l'état de santé de la population, l'offre de soins ou la consommation médicale [Propos d'expert].

Pour réduire les inégalités d'état de santé entre régions, le Haut Comité de santé publique a exprimé des doutes sur la faisabilité et l'intérêt d'un système de péréquation financière entre régions, mais a préconisé en revanche une mise à disposition d'enveloppes spécifiques destinées à des actions ciblées sur des priorités de santé publique.

La mise en place d'une politique tarifaire cohérente est un enjeu majeur, qui devrait orienter, donner du sens et permettre aux acteurs de santé de se positionner et non pas, comme c'est le cas aujourd'hui, varier d'une année à l'autre. De leur côté, les mutuelles peuvent jouer un rôle dans les orientations de la politique tarifaire, mais pour cela, elles doivent être davantage soutenues par les pouvoirs publics [Propos d'expert].

Dimension européenne

Les CHU français ayant une dimension européenne sont tout au plus au nombre de 6 [Propos d'expert].

« L'évolution du droit communautaire menace la spécificité française et particulièrement, le système de fonction publique » [Propos d'expert].

Les liens transfrontaliers restent certes marginaux aujourd'hui mais ont malgré tout un impact à la fois dans les liens qui peuvent se nouer entre structures proches géographiquement de part et d'autre d'une frontière (Belgique, Suisse, Espagne), avec par exemple des conventions de prises en charge pour les patients habitant ces zones, mais aussi dans l'attraction exercée par certains pays (Suisse, Luxembourg) sur certaines catégories de professionnels de santé (infirmier par exemple) en raison de différentiels de salaires notamment [Groupe de travail].

Des pays (Suisse, Belgique) ont des approches parfois différentes des prises en charge, qui peuvent inspirer voire influencer les professionnels français (exemple développement de spécialités en gérontologie dans les formations initiales des soignants) [Groupe de travail].

La France connaît une densité de médecins parmi les plus élevées d'Europe [D001].

Des plans santé qui donnent des moyens et orientent l'offre

Les priorités définies dans le Plan d'urgence (2004-2007) sont les suivantes :
– 10 500 postes médicaux et non médicaux ;

– renforcement des équipes SAMU et SMUR.

Plan périnatalité (2005-2007) :
– renforcement de la prise en charge en amont et aval, notamment en gériatrie ;
– améliorer la sécurité et la qualité des soins, mise aux normes des maternités.

Les priorités du Plan cancer (2003-2007) sont les suivantes : [D000]
– renforcement des moyens médicaux et soignants en vue d'améliorer la prise en charge et la coordination des soins autour du patient ;
– cancérologie pédiatriques (centres spécialisés), radiothérapie (modernisation des plateaux techniques), soins des supports (psycho oncologie et prise en charge de la douleur) ; soins palliatifs (création de lits) ; nouveaux équipements lourds ; accès aux traitements innovants et coûteux ; tumorothèques ; oncogériatrie ;
– principaux objectifs du plan cancer : rattraper le retard de la France en matière de prévention et de dépistage (lutte contre le tabac et l'alcoolisme, information sur les dangers du soleil, promotion d'une alimentation équilibrée) ; offrir à tous des soins de qualité (amélioration de l'annonce du diagnostic, renforcement des effectifs, formation des effectifs, coordination des soins autour du patient, personnalisation des soins, renforcement du caractère pluridisciplinaire des soins, etc.) ;
– objectifs chiffrés : inscrire dans un protocole d'essai clinique 10 % des malades atteints d'un cancer en France ; installer un TEP pour 800 000 habitants ; installer une IRM pour 190 000 habitants ; mettre à disposition 8 000 places de chimiothérapie à domicile en 2007.

Les priorités du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2008) sont les suivantes : [D000]
– développer les alternatives à l'hospitalisation ;
– renforcement de la formation initiale et continue et des transferts de compétences entre les générations (tutorat) ;
– développement des bonnes pratiques (ex. bon usage des psychotropes) ;
– programmes spécifiques : prise en charge de la dépression, action contre le suicide…

Le *Plan national pour les maladies rares* (2005-2008) insiste sur le développement des Centres de référence pour les maladies rares [D000]

Parmi les autres priorités de santé publique figurent :
– unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) ;
– structures dédiées aux états végétatifs chroniques (1 200 personnes dans des unités de 6 à 8 lits) ;
– consultations mémoire et CMRR Centres Mémoires Ressources et de Recherche (Alzheimer) [D000].

Les embauches dans l'aide à domicile devraient atteindre dans les 10 ans au minimum 400 000, dont 200 000 créations nettes (avant Plan grand âge…) [Propos d'expert].

Plan Recherche clinique

Ce plan se centre sur la question de la passerelle entre le centre de recherches souvent hébergé par le CHU et l'Université [Propos d'expert].

Il y a 2 200 projets de recherche clinique en France et l'Hôpital est promoteur de 25 % des projets.

Il s'agit, pour l'hôpital public, de sujets majeurs, surtout dès lors qu'il y a des comparaisons de stratégies thérapeutiques : maladies rares, domaines pointus (exemple thérapie génique), public peu pris en compte (enfants, personnes âgées, malades mentaux) ; l'actualité politique (exemple maladies nosocomiales)

Sur le plan de la recherche clinique, les établissements de référence sont notamment :
– CHU : AP-Hôpitaux de Paris, Hospices Civils de Lyon, CHU Nantes, Lille, Clermont-Ferrand, Nice ;
– CLCC : Institut Curie, Paoli Calmette (Marseille) ;
– CHS : Rennes ou Bordeaux ; CHS Ste-Anne, ISPH Montsouris ; CH de Créteil ; CHNO 15/20 [Propos d'expert].

Impacts sur les établissements (organisation)

Déséquilibres territoriaux et moyens de les corriger

Les principales tendances du déséquilibre territorial de l'offre sont les suivantes :
– peu de zones présentent des déficits importants pour toutes les composantes de l'offre de soins de premier recours ;
– un accès plus facile aux soins au sud qu'au nord [D27].

Trois pistes de réorganisation de l'offre des soins se dessinent :
– meilleure répartition des médecins entre les différentes spécialités et sur le territoire ;
– regroupement des moyens (ressources et compétences), déjà en cours : le nombre de médecins libéraux exerçant en société ou cabinet de groupe a augmenté de 18 % entre 2000 et 2003 ;
– partage différent des compétences entre professions de santé laissant une place à des professions autres que les médecins [D27].

« Néanmoins, le SMUR sera difficile à maintenir sur tous les territoires, ou alors cela nécessitera des moyens disproportionnés par rapport à l'activité » [Propos d'expert].

Essor des outils de coordination territoriale

La mutualisation des moyens (humains et technologiques) semble aujourd'hui être une piste sérieuse dans un monde ou la rareté des ressources, va probablement encore s'accentuer (partage des plateaux techniques, des équipes médicales et soignantes, de la logistique…). Mais cette mutualisation ou coopération doit s'inscrire dans un projet global de territoire ou l'ensemble des acteurs et des structures concernées doivent trouver leur place [Groupe de travail].

La contractualisation État/ARH va changer les choses, car y figure un volet important sur la qualité. L'ARH devra être capable d'identifier et de suivre la politique qualité des établissements, avec des indicateurs pertinents. La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité devient donc stratégique pour les établissements car elle est un des éléments qui vont lui permettre de se positionner sur un territoire de santé.

Des fusions d'établissements (sanitaires et sociaux) peuvent aussi s'accélérer, afin de mieux intégrer, la prise en charge des personnes âgées et des malades psychosomatiques. L'objectif alors semble être, au sein de tout ou partie d'un ter-

ritoire de santé, d'organiser au travers de parcours de soins, une coordination des prises en charges, par une même structure (hôpital en l'occurrence). La fusion permet alors d'associer les établissements de proximité aux pôles d'excellence qui se constituent (5 à 6 par régions) et dès lors de tout gérer, intra et extrahospitalier. Le directeur devient un administrateur de santé au niveau d'un territoire [Groupe de travail].

L'intégration européenne impacte surtout la définition du service public et éventuellement la consolidation d'une demande à l'échelle européenne [D001].

Des démarches administratives de plus en plus lourdes

« Une évolution importante est à noter dans l'excès de parution de textes législatifs et réglementaires, ce qui produit une bureaucratisation croissante et la nécessité de gérer en continu, la communication d'informations, l'enregistrement des données, etc. » [Propos d'expert].

Les apports du plan cancer

En termes d'organisation des soins, de nouvelles structures de coordination sont prévues par le Plan cancer :
– les Centres de coordination en cancérologie, qui garantiront la qualité des soins, rendront plus lisible leur organisation et faciliteront l'individualisation des soins et la lisibilité ;
– les réseaux régionaux de cancérologie : 23 créés, 3 en cours de création ;
– le Dossier communicant en cancérologie (DCC), qui sera généralisé en 2007 : permet la transmission des données du patient à tous les acteurs de soins mobilisés [D48].

Le Plan cancer vise à mettre le patient au cœur du dispositif de soins (personnalisation de l'accueil et des soins) et d'améliorer la qualité des soins (recommandations de pratique clinique en cours d'élaboration, procédures de labellisation en cours d'élaboration, définition de critères de qualité) [D48].

Le médecin référent occupe une place paradoxale dans les réformes actuelles

Le déclin de la médecine générale se produit à un moment où les politiques publiques en font une figure nodale de l'organisation des soins (médecin traitant ; place privilégiée dans les politiques de prévention, ave la consultation périodique de prévention, etc.) [D28].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Les étudiants et professionnels intègrent les disparités régionales dans leur choix d'établissement et de carrière (attractivité des territoires)

Les déséquilibres et écarts entre établissements et zones géographiques tendent à s'auto-entretenir : les professionnels s'orientent vers les établissements les mieux équipés et disposant de ressources humaines suffisantes ; les libéraux s'installent près des grandes structures ; les étudiants préfèrent eux-mêmes réaliser leur stage dans des services recevant déjà plusieurs internes, pour que les gardes soient réparties et n'engendrent pas une surcharge de travail, etc. [D27].

Il y a pour les régions des enjeux d'attractivité territoriale, pour le personnel notamment. Des régions versent des bourses pour que le personnel médical formé dans la Région y reste. Cela montre que les Régions ont un rôle à jouer pour maintenir l'équité : nous avons constaté que les établissements avaient, en inter et intra-régional, des niveaux de bourse mais aussi d'encadrement très différents, sans que ces différences soient vraiment justifiées. L'État n'a rien fait, ce sont les Régions qui vont gérer ce problème [D35].

Pour garder l'attractivité du territoire pour le personnel, les Régions vont proposer des compléments de rémunération [D35].

L'essor de plans régionaux rend nécessaire celui des métiers de régulation

« Un autre facteur déterminant est celui lié à l'évolution de la planification des systèmes de soins, avec le SROS. On peut voir apparaître prochainement dans l'administration, des animateurs de réseaux de santé sur un territoire, et le déploiement concomitant, de logiques territoriales de planification. Il s'agit donc de nouveaux métiers de régulation (le cas de la région Rhône-Alpes est intéressant sur ce plan) » [Propos d'expert].

Une meilleure adaptation aux besoins locaux

« La loi de décentralisation du 13 août 2004 transfère à la Région la formation des paramédicaux. C'est plutôt positif, car cela permet de rapprocher la décision de l'usager, en confiant ça à des élus de terrains plus à l'écoute des attentes de la population. Ce qui va probablement se passer (comme ça s'est passé pour les lycées, les TER), c'est que les régions vont prendre en charge le travail que l'État n'a pas pu ou pas su réaliser depuis 15-20 ans : élaborer des programmes régionaux, cartographier les besoins en compétences, etc., au niveau local. À terme, d'ici 5 ans ou plus, il y aura une meilleure adaptation aux besoins » [Propos d'expert].

« La décentralisation donne des moyens intéressants pour améliorer la formation et mettre fin à des inégalités aberrantes que l'État n'a pas su gérer. Par exemple, on sait que les formations d'aides à domicile, aide-soignant, etc. sont des débouchés naturels pour des personnes sans moyens et souvent en échec scolaire. Or, c'est une des dernières formations payantes. Face à ce paradoxe, des régions comme Aquitaine l'ont rendue gratuite. Ce sont des emplois créés, avec des débouchés importants pour des populations en difficulté ; par ailleurs, ce sont des emplois qui ne sont pas délocalisables. Cet exemple montre bien que le système de santé fonctionne de façon paradoxale » [Propos d'expert].

La reconfiguration territoriale crée des besoins en nouvelles compétences et en informations sur les besoins territoriaux

« La taille des établissements a tendance à s'accroître, des regroupements s'opèrent, dans tous les secteurs (MCO, soins de suite, rééducation fonctionnelle, etc.). Cela crée un besoin de compétences au niveau des cadres supérieurs et intermédiaires (car organisation plus complexe des établissements) : besoin de renforcement des capacités managériales, capacité de délégation, responsabilisation, etc. » [Propos d'expert].

« Dans le cadre de la décentralisation, la première préoccupation des régions, c'est de faire un état des lieux de ce qui est transféré, d'estimer son coût réel ;

ensuite, c'est d'élaborer de façon partenariale un plan de formation adéquat. Le reste (mise en place de réseaux, etc.) viendra après » [Propos d'expert].

Le rôle central des médecins libéraux dans les zones sous-médicalisées

Le ministère cherche à soutenir les médecins exerçant dans les zones sous-médicalisées, principalement par des incitations financières et un appui à la collaboration entre médecins (groupements, etc.) et une extension de la permanence des soins [D29].

Autre facteur à prendre en compte : l'Europe.

« Le système français d'entrée dans les écoles professionnelles (IFSI notamment) est souvent dérogatoire par rapport à ce qui se fait en Europe (quotas, etc.). On aura sûrement à l'avenir à se rapprocher de ces normes européennes » [Propos d'expert].

La convergence européenne est incontournable (harmonisation des pratiques, des diplômes, mobilité des professionnels…) [Groupe de travail].

Impact pour les kinésithérapeutes

Les kinésithérapeutes titulaires d'un diplôme étranger de l'espace économique européen peuvent exercer en France s'ils disposent d'une autorisation d'exercice, délivrée par le ministère français chargé de la santé. Les titulaires de diplômes belges représentent 88 % de cette population en 2001 (2/3 d'entre eux sont de nationalité française) [D32].

Modification des compétences des équipes managériales

Par ailleurs le nouveau paysage qui se dessine à un fort impact sur les modes de managements et les profils des managers. La mise en place et la montée en charge progressive de la T2A renforce encore les évolutions, voire les transformations, notamment du métier de directeur d'hôpital. Les staffs de direction médico-administratifs (conseil exécutif notamment) doivent progressivement intégrer cette nouvelle vision plus large « d'administrateur d'un territoire de santé » Les métiers et donc les compétences attendues des managers se transforment radicalement et nécessitent la compréhension et la maîtrise de nouveaux champs (informations médico-économiques, contrôle de gestion, négociation, épidémiologie…). Définir et mettre en place une stratégie d'établissement, voire de groupes d'établissements ou de structures (MCO, HAD, EPHAD, soins de suite…) recompose totalement le métier de chef d'établissement. La question peut être « qu'est-ce cela veut dire diriger un hôpital aujourd'hui ? » Parallèlement, le rôle du corps médical est aussi profondément interpellé par ces évolutions (quel niveau d'implication dans le management, quel équilibre avec l'activité médicale, quelle responsabilité à déléguer…) [Groupe de travail].

Le directeur d'hôpital ne semble pas toujours bien armé, pour positionner l'offre de soins de son établissement sur le territoire. Cela nécessite bien évidemment de définir précisément ce que sont les « parts de marché » de son établissement sur un territoire, et donc d'avoir la maîtrise des outils qui le permettent (outils d'analyse stratégique, statistiques, données épidémiologiques…). Connaître sa production et son offre de soins est insuffisant si l'établissement ne communique pas en interne mais aussi et surtout en externe, sur son positionnement. C'est en faisant connaître à l'extérieur ce qu'il fait (aux autres acteurs du territoire et à la population) qu'il favorisera les partenariats et les rapprochements [Groupe de travail].

Interactions avec les autres facteurs

4d ; 5a ; 5b ; 8c.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
*		

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Sources

Documents

D001 Commissariat général au plan (2005), *Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004*, CGP, mai 2005, 52 p.

D004 CREDES (2000), *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale, octobre 2000, 357 p.

D006 BERLAND Yvon (2003), *Rapport d'étape de la mission « Coopération de professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes, octobre 2003, 57 p.

D008 BERTRAND Xavier (2006), Discours « Salon Hôpital Expo », Ministère de la santé et des solidarités, 16 mai 2006, 8 p.

D026 SICART Daniel (2006), « Les évolutions démographiques des professions de santé », *Dossiers Solidarité et Santé*, La Documentation Française, janvier-mars 2006, n° 1, pp. 7-22.

D027 ONDPS (2005), *Synthèse générale Rapport 2004*, ONDPS, 60 p.

D028 ONDPS (2006), *Synthèse générale Rapport 2005*, ONDPS, 60 p.

D029 Ministère de la Santé et des Solidarités (2006), *Dossier de presse « Réponses au défi de la démographie médicale*, Ministère de la Santé et des Solidarités, mercredi 25 janvier 2006, 16 p.

D031 MIDY Fabienne, LEGAL Renaud et TISSERAND Françoise (2005), « La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins », *Questions d'économie de la santé. Bulletin d'information en économie de la santé*, IRDES, décembre 2005, n° 101, 4 p.

D032 DARRINÉ Serge (2003), *Projection du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020. Sources, méthodes, principaux résultats*, DREES, Document de travail Série études, septembre 2003, n° 34, 38 p.

D035 Commission européenne – DG « Santé et protection des consommateurs » et Présidence luxembourgeoise du Conseil de l'Union européenne (2005), *Sécurité du patient – En faire une réalité. Déclaration de Luxembourg sur la sécurité du patient*, Luxembourg, 5 avril 2005, 3 p.

D045 FHF (nd), « Position et propositions de la FHF sur l'évolution de la chirurgie publique », Fédération hospitalière de France.

D048 Institut national du cancer (2006), *Plan cancer 2003-2006. Ce qui a changé*, Institut national du cancer, avril 2006, 381 p.

D049 Circulaire DHOS/OPRC/2004/n° 346 du 22 juillet 2004 relative à un appel à projet en vue du renforcement des personnels de recherche clinique en cancérologie.

D051 « Pôles de compétitivité : douze nouveaux projets financés dans le domaine de la santé », *Dépêche InfoAPM*, APM International, 24 juillet 2006, 2 p.

D126 VALLENCIEN Guy (2006), *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, Rapport à l'attention de Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, avril 2006, 78 p.

D141 BRUN Patrick, EL GHOZI Laurent, RICARD Agnès et TYRODE Alain (2007), « Les urgences, le territoire et l'accès aux soins – Table ronde », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 98-106.

D158 BOURGUEIL Yann, DÜRR Ulrike, DE POUVOURVILLE Gérard et ROCAMORA-HOUZARD Sophie (2002), « La régulation des professions de santé – études monographiques. Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, États-Unis. Rapport final », *Document de travail. Série études*, DREES, n° 22, mars 2002, 236 p.

D159 BOURGUEIL Yann, MOUSQUÈS Julien et TAJAHMADI Ayden (2006), *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France*, Paris, IRDES, 70 p.

D185 DANET Sandrine (coord.) (2006), *Disparités régionales de santé à partir des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*, DREES, 45 p.

Groupes de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Organisation de l'offre de soins et évolutions des prises en charge.

Compte-rendu du Groupe focus – Gestion des risques et de la qualité.

3b. Le développement de la coordination entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, entre le public et le privé, entre les établissements et la ville

Contexte – problématique

Renforcés par l'évolution démographique et le vieillissement des usagers, les cloisonnements entre les différents acteurs mais aussi les différents secteurs apparaissent aujourd'hui comme totalement inadaptés à un parcours de soins du patient qui intègrent tous les éléments de la prise en charge. Le développement

de l'hospitalisation à domicile mais aussi l'organisation du retour au domicile avec éventuellement un passage par un centre de soin de suite (ou convalescence) induisent dès lors une coopération accrue entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, une meilleure coordination entre les opérateurs, voire l'organisation de réseaux de santé, pour une population ciblée (ex. personnes âgées), une pathologie particulière (exemple diabète, cancer…).

Le développement de l'e-santé permet et favorise la mise en réseau ainsi que la réalisation d'acte à distance et l'hospitalisation à domicile.

Risques – Enjeux

- Enjeu de pouvoir : faire le lien entre médical, social, psychologique au niveau des prises en charge, avec le risque d'engorgement de certains services cliniques (urgences, médecines…) et d'inadéquation entre les besoins et l'offre de soins.
- Enjeu du développement de la coopération et la coordination des soins, dans et hors murs.
- Enjeu d'une plus grande efficience globale par la mutualisation et la coopération avec un risque de perte d'attractivité des établissements isolés géographiquement face à des dispositifs de coopération structurés.
- Enjeu pour le médecin d'être un intervenant parmi d'autres, échangeant informations et pratiques (transparence accrue).
- Enjeu de la maîtrise d'un système d'information partagé et d'un dispositif de suivi et d'évaluation des prestations (protocoles, EPP…).

Des enjeux nouveaux dictés par l'évolution des publics (vieillissement de la population et essor de la gériatrie)

Pour les personnes dépendantes, le PSD et surtout l'APA ont changé la donne. De plus, la loi de janvier 2002 oblige à une médicalisation des établissements d'hébergement [D01].

« La transition actuelle, c'est qu'on passe d'un hôpital conçu dans les années 1950 pour des publics jeunes à pathologies courtes à un hôpital devant s'occuper de personnes âgées nécessitant des prises en charge au long cours. Sur le plan des métiers, cela implique de renforcer l'accompagnement psychologique des professionnels et des patients » [Propos d'expert].

Pour les soins médicaux et socio-médicaux des personnes âgées, la référence en termes d'organisation des soins, de modes de prise en charge (tarification, encadrement, etc.) est le secteur du handicap. Pour la FHF, le ratio global d'encadrement à atteindre est de 1 agent pour une personne prise en charge, comme dans le secteur du handicap [D44].

Les malades accueillis dans les structures de court séjour changent progressivement. Ainsi, les lits de MCO véritables, dits « courts séjours » (médecine, obstétrique, maternité) ne représente plus aujourd'hui qu'environ 15 à 20 % des lits hospitaliers. Tout le reste est constitué de soins de suite ou de lits pour les personnes âgées. On passe ainsi progressivement de la maladie ponctuelle et de l'intervention réparatrice à la maladie chronique et à l'accompagnement [Groupe de travail].

Les six objectifs de la politique gériatrique du gouvernement sont :
– maintien à domicile des patients avec développement des alternatives à la prise en charge hospitalière ;
– création d'un label « filière gériatrique » pour chaque territoire de santé ;
– contractualisation, en tant que partenaire de la filière gériatrique, avec les établissements et structures associés au sein des territoires de santé ;
– prise en compte du vieillissement des patients dans les services non gériatriques ;
– développement de la coordination entre partenaires ;
– valoriser les métiers de la gériatrie [D50].

La nécessaire mise en réseau des différentes composantes du système de soin

➢ *Enjeu de l'intégration de l'HAD*

« Il faut décloisonner et intégrer l'HAD dans la prise en charge et le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées, construire des passerelles entre la ville et l'hôpital ou l'EPHAD » [Propos d'expert].

« La concentration des plateaux techniques est un mouvement naturel mais l'amont et l'aval ne sont pas bien abordés par l'hôpital public. L'HAD n'est pas « naturelle ». Un nouveau métier apparaît, celui « d'ensemblier de prestations sanitaires et sociales ». L'hôpital local devient une plate-forme de service. Le CHU est au cœur du dispositif avec un plateau technique sophistiqué et un glacis doit se structurer autour qui gère l'amont et l'aval en mêlant hôpital local, réseau de ville… » [Propos d'expert].

« Les prestataires de services médicaux à domicile (grosses sociétés d'équipement notamment) ont un rôle décisif et même restructurant notamment pour les pathologies chroniques et les soins palliatifs. Ce sont eux qui aujourd'hui organisent d'une certaine façon le maintien à domicile » [Propos d'expert].

« L'amélioration de ce lien hôpital/HAD est un point clé d'évolution pour la CNAMTS et nécessite un repositionnement général de tous les acteurs et notamment de l'hôpital. Ce dernier doit s'inscrire davantage dans un parcours de soin, comme un élément (parmi d'autres) de prise en charge dans la trajectoire de soins du patient, notamment pour les ALD (affection de longue durée) » [Propos d'expert].

Si l'avenir des établissements médico-sociaux ne semble pas compromis, il n'en va pas de même de celui des Unités de soins de longue durée (USLD) et des logements foyers. De nombreuses questions se posent à leur égard, d'ordre budgétaire pour les unités de soins et en termes de qualité, de réglementation et d'accès aux soins pour les logements foyers [D01].

➢ *Redéfinition du rôle des établissements hospitaliers*

« La répartition des rôles entre CH va dans le sens d'une concentration de l'excellence. Les CHU mais aussi les CH généraux se spécialisent : développement des technologies, du travail en équipe, des spécialisations, du traitement de l'information » [Propos d'expert].

Le secteur social et médicosocial va se développer, les récents plans et déclarations politiques sur l'encadrement et l'hébergement des personnes âgées montrent la voie à suivre. Dans ce contexte, le positionnement de l'hôpital public vis-à-vis

du service à la personne doit être clarifié. Les centres hospitaliers sont sollicités ; il s'agit de développer des réseaux et des services en prolongement des SIAD pour le retour ou le maintien à domicile.

« La question de l'embauche de compétence hors des statuts se pose ; le contrat de mission contractuel est une solution » [Propos d'expert].

Nous sommes actuellement dans une période de transition, de changement, qui se traduit par une gestion très différente de l'HP dont l'issue n'est pas écrite. Ces changements se manifestent par :
– une période de restructuration : des établissements se reconstruisent ou reconstruisent de services entiers, avec la possibilité à chaque fois de se reposer la question de la bonne organisation du travail et de la répartition des taches ;
– sur le plan des politiques de santé : de nouvelles politiques sont impulsées, cherchant à rendre plus efficient l'hôpital par une nouvelle organisation et des gains de productivité ;
– une période de grand renouvellement des personnels qui permet de reconsidérer à chaque départ, le remplacement en termes de métiers et de compétences qu'il y a lieu de privilégier.

Ces évolutions concomitantes doivent nous inciter à réfléchir aux nouveaux besoins ; et c'est précisément maintenant qu'il faut faire des propositions pour améliorer les choses. C'est le moment idéal pour accompagner l'existant et réfléchir sur les nouveaux métiers, avec un enjeu fort de mise en cohérence [Groupe de travail].

➢ *Mieux gérer l'aval et l'amont des hôpitaux*

« Le problème majeur des services d'urgence dans les HP est lié à l'organisation de l'amont, de l'hospitalisation et à la faible articulation ou absence d'articulation avec les médecins » [Propos d'expert].

« Les services d'urgences doivent être réorganisés en prenant en compte deux facteurs d'évolutions déterminants : la problématique du transport, notamment héliporté, et donc des transferts rapides des malades vers des centres plus spécialisés, mais aussi la télémédecine et la capacité à solliciter des avis d'experts sans déplacer le patient » [Propos d'expert].

« Le transport sanitaire est un métier sensible, avec des personnes de plus en plus vulnérables ou dans des états critiques qu'il s'agit de transférer rapidement et dans de bonnes conditions de sécurité, vers des centres plus spécialisés » [Propos d'expert].

➢ *Dimension territoriale des réseaux*

De l'hôpital général aux soins les plus spécialisés : un réseau gradué de services :
– en milieu rural, le couple médecin de ville/structure sanitaire de proximité (hôpital local, institution médico-sociale) devrait constituer le premier maillon du réseau ou de la filière de prise en charge, relayé par des outils de télémédecine et une couverture renforcée du territoire pour l'urgence ; un plateau technique a minima pourrait éventuellement être défini en lien avec les structures d'accueil des urgences référentes pour la petite traumatologie, l'urgence cardiologique ;
– les structures de proximité, en dehors de la mission de réponse à l'urgence, devraient comporter des moyens en hospitalisation en médecine, soins de

suite, soins de longue durée et soins palliatifs. Elles doivent également être en mesure d'offrir une gamme de services polyvalents : soins externes, consultations avancées de spécialistes, permanences paramédicales, accompagnement en fin de vie, délivrance de soins aux personnes en situation de précarité. L'articulation avec les services sociaux, en particulier pour les personnes âgées ;
– assurer les soins de proximité dans une organisation en réseau qui les relie à des niveaux de spécialisation et de technicité supérieurs que détiennent les établissements de secteurs, régionaux ou interrégionaux. Il s'agit là d'une véritable mutation culturelle ;
– le développement de l'hospitalisation à domicile ;
– le virage ambulatoire : la France accuse un retard dans la prise en charge en hospitalisation de jour et se doit d'accélérer le développement des alternatives à l'hospitalisation classique ;
– la réconciliation de l'hôpital du futur avec la dimension humaine et relationnelle des soins : accueil à l'hôpital, accueil dans les urgences, relation avec les soignants, place du médecin de ville référent, lien avec la société extérieure, rôle social de l'hôpital (accueil des populations précarisées) ;
– l'hôpital ouvert sur son environnement et au service des partenaires de son réseau [D04].

La mise en réseau doit être accompagnée d'une coordination accentuée

On assiste aujourd'hui à l'éclatement du cadre de référence. En effet et pendant longtemps dans l'organisation en place, les rôles des uns et des autres étaient à peu près bien identifiés : la médecine libérale et la permanence des soins de ville, les institutions publiques et privées pour les soins de courte durée, les établissements de suite (EPHAD, hôpitaux locaux) pour l'hébergement et le premier niveau de médicalisation, les associations le plus souvent pour le maintien à domicile. Ce cadre éclate et l'hôpital n'est plus le régulateur central. Il est un élément parmi d'autres dans la prise en charge. La question qui se pose aujourd'hui est de savoir qui fait la régulation [Groupe de travail].

Le réseau de santé est peut-être aujourd'hui un concept dépassé (ex. Franche-Comté) car il n'y a pas de décideur au niveau des réseaux. La notion d'alliance est plus intéressante (*manage care* ?).

« La question est celle du niveau de la coordination, de la régulation, y compris pour les soins de suite et le retour médicalisé à domicile. (Attention aux chasses gardées et aux rentes de situation) » [Propos d'expert].

La coordination représente un enjeu majeur : l'offre de santé devient un système complexe, dans et hors murs. (exemple coordonnateur des greffes, fonction bed-manager).

« La coordination permet aussi une personnalisation des soins et du suivi, tout en intégrant la dimension sociale » [Propos d'expert].

« Le mot-clé à l'avenir est coordination, mais coordination de l'ensemble des professionnels de santé et de services aux personnes, et non hospitalocentrée » [Propos d'expert].

« Les familles se plaignent régulièrement des problèmes d'attentes, de déprogrammation, des parcours ralentis entre rendez-vous, examens… le problème posé est bien celui de l'organisation et la coordination au sein d'un service

(ex. bloc opératoire) mais aussi avec l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge. L'inorganisation est insupportable pour les patients et leurs familles, source de stress, de doute sur la qualité de la prise en charge » [Propos d'expert].

« Il peut exister aussi un danger dans la multiplication des réseaux par pathologie : comment gérer les polypathologies, la coordination interréseau ? C'est en fait aussi le danger des spécialités trop cloisonnées » [Propos d'expert].

« L'organisation de santé se structurera autour du réseau ou de la filière de santé ; il s'agira de coordonner la prise en charge de façon globale. Les financeurs vont avoir un rôle accru. Une contractualisation semble de plus en plus nécessaire entre financeurs, adhérents à des réseaux, producteurs des soins » [Propos d'expert].

Impacts sur les établissements (organisation)

La mise en réseau des établissements et la fonction de coordination

« Le travail effectué sur les réseaux de soins et la coordination entre établissements nous interpelle sur le lieu ou doit se situer la compétence de coordination. Doit-elle se trouver dans ou hors les murs de l'hôpital ? Qui est le mieux placé pour l'assurer ? Notre sentiment est que peut-être, l'hôpital a intérêt à externaliser cette compétence, via des infirmières travaillant à domicile ou via les médecins généralistes » [Propos d'expert].

Il est plus pertinent de parler d'*approche globale* de la prise en charge, c'est-à-dire d'une coordination de la pluridisciplinarité autour d'un objectif commun, que de prise en charge globale. Or les problèmes de coordination sont un obstacle à cette approche globale : dans les faits, chacun se positionne par rapport à sa propre activité et non celle des autres. Les exigences de coordination ne semblent pas aujourd'hui être suffisamment prises en compte [Groupe de travail].

Vers une concentration des établissements ?

« On assiste à un mouvement de concentration progressive de l'offre clinique, dans des centres de références ou d'excellence. Seuls demeureront à moyen terme, des hôpitaux ou des cliniques ayant une masse critique suffisante pour développer leurs activités et les spécialiser. Cette concentration de l'offre s'accompagne d'une concentration des plateaux techniques et surtout des compétences, rendues nécessaires également par la démographie médicale. Le regroupement des équipes est une résultante du phénomène à moyen terme » [Propos d'expert].

Relations entre privé et public

Se dirige-t-on vers une concurrence accrue entre privé et public ? Ou alors le secteur public sera-t-il cantonné aux publics ayant peu de ressources et aux urgences ? [Groupe de travail].

Dans le domaine de la chirurgie, il convient de corriger un déséquilibre avec le secteur privé, qui se cantonne le plus souvent dans les activités programmées, alors que le public est contraint de ce fait d'assumer les activités non programmées et les permanences nocturnes, coûteuses et lourdes à organiser [D45].

La répartition de l'offre de soins et la collaboration entre le secteur public et privé évoluent considérablement, avec l'essor croissant du besoin médico-social qui mixe les modes de prises en charge et les intervenants.

« Du côté des jeunes diplômés en santé, en tout cas pour les infirmiers, une enquête de la Drees et du Céreq sur le devenir des sortants d'IFSI, montre que les jeunes professionnels s'orientent dans leurs choix plutôt vers le secteur public, qui offre à leurs yeux des avantages en termes de stabilité d'emploi » [Propos d'expert].

« Sur la répartition de l'offre entre public et privé, la variable déterminante peut être le salaire et les conditions de travail. Pour l'heure, dans la FPH, il y a eu une revalorisation des salaires pour le personnel soignant qui, associé au statut, ne lui est pas défavorable. Mais il y a eu aussi des tensions autour de la mise en place des 35 heures, qui joue en sa défaveur. Il est donc difficile d'anticiper sur les choix à venir des professionnels de santé » [Propos d'expert].

Les potentialités de développement du secteur public

En termes de déploiement potentiel de l'offre d'accueil pour les personnes âgées, le secteur public dispose d'une niche relativement protégée : les services en milieu rural, où le secteur privé ne s'implantera pas (car jugé trop coûteux et/ou insuffisamment solvable) [D44].

« La mixité privé/public fonctionne quand la séparation des services et des équipes est claire. Sur ce plan, un des enjeux est la convergence des rémunérations entre privé et public » [Groupe d'expert].

La prise en compte de la dépendance comme noyau des restructurations en cours entre secteurs sanitaire et médico-social

Actuellement, on assiste à l'éclatement du cadre de la prise en charge de la dépendance : structures d'aides à domicile, maisons de retraite, service de soins infirmiers à domicile, unités de soins longue durée en hôpital, etc. [D01].

L'enjeu aujourd'hui semble être celui de pouvoir définir le périmètre d'intervention entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Il s'agit de définir une organisation permettant de mettre en adéquation les besoins des utilisateurs de services et les institutions offrant des prestations et de mieux déterminer les emplois rendus nécessaires par le développement de la demande d'aide et de soins. La séparation entre le sanitaire et le social se traduit par un morcellement de la prise en charge [D01].

La solution pour le secteur sanitaire et social semble être dans le développement de la coopération et de la coordination entre les structures, et surtout les acteurs. Cela implique de développer des formations communes et d'assouplir la réglementation en vigueur sur la séparation des rôles [D01].

Repenser le lien HAD/EPHAD

En gérontologie, quand la pathologie est légère, l'hospitalisation est toujours la plus mauvaise des solutions. En effet, elle est souvent mal vécue par les personnes âgées et leur famille et provoque parfois une décompensation irréversible. Pour répondre à la problématique de dégradation durable ou momentanée de l'état de santé des personnes âgées en institution, deux approches se font jour.

Pour certains, le développement de l'HAD (hospitalisation à domicile) a retardé la médicalisation des maisons de retraite et il convient de revenir sur ce mouvement en renforçant les équipes médicales et soignantes des EPHAD et ce afin de traiter sur le lieu d'hébergement, les personnes âgées. Pour d'autres si la question

débattue actuellement de faire de l'HAD en EPHAD est un non-sens sur le fond et les principes de base, ça ne reste pas moins une solution concrète à un problème réel de positionnement géographique de l'HAD. En effet, sauf à créer de nouvelles structures, le développement de l'HAD n'est possible que s'il s'appuie (en termes de locaux à disposition, de permanences de personnel, de positionnement géographique) sur des structures existantes [Groupe de travail].

Impact sur les RH, métiers, compétences

Impact de la « gériatrisation » sur les motivations des professionnels

La représentation des métiers chez les jeunes entrants (ex. élèves infirmiers) est encore très orientée vers une approche technique que l'on ne retrouve, compte tenu de la faible proportion des lits de court séjour « actifs », que très rarement à la première affectation en sortie d'écoles. Ce changement de paradigme affecte aussi les professionnels plus confirmés (médecins, soignants) qui vivent mal, voire nient, ces évolutions lourdes vers une « gériatrisation » progressive des structures hospitalières. La démotivation, le désenchantement et dans certains cas les *turn over* élevés peuvent être une conséquence de ce phénomène de sur valorisation des actes techniques et des services actifs [Groupe de travail].

Dans les écoles professionnelles (IFSI, faculté de médecine notamment), il apparaît dès lors primordial de revaloriser la prise en charge des personnes âgées, de mieux former aux pathologies spécifiques du vieillissement et d'améliorer les connaissances des professionnels, dans un secteur d'activité ou la demande va exploser dans la prochaine décennie. Une évolution culturelle est sans doute nécessaire, pour les soins mais aussi pour les thérapeutiques (par exemple, ne plus dévaloriser systématiquement la chirurgie pour les malades ayant plus de 75 ans) [Groupe de travail].

Besoin croissant d'une fonction de coordination dans l'hôpital et au niveau du réseau

« […] L'hôpital étant organisé par services de spécialité, la fonction de coordination, très utile pour les polytraumatismes par exemple, mais aussi de façon générale pour toutes les polypathologies, n'existe pas. À titre de comparaison, dans les pays anglo-saxons, le médecin généraliste accompagne son patient hospitalisé. Interface de l'ensemble des interlocuteurs de l'hôpital, le médecin généraliste y occupe un bureau et fait régulièrement la tournée de ses malades » (p. 102) [D46].

Des compétences spécifiques relevant du social ou du relationnel émergent au sein de l'hôpital

« De nouvelles compétences et métiers sociaux en hôpital public émergent ; elles sont prévues dans le SROS de troisième génération : éducation du patient, prévention, préparation au retour à domicile… » [Propos d'expert].

La France semble se singulariser par un « hospitalo-centrisme » prononcé. La prévention n'est pas suffisamment prise en compte. Il s'agit d'un problème de répartition des pratiques entre institutions : l'hôpital pourrait se décharger de nombreuses tâches via un développement des institutions de soins de santé

primaires : PMI, médecine du travail, médecine scolaire, etc. Pour que les professionnels soignants puissent passer d'une pratique professionnelle hospitalière à une pratique professionnelle organisée en réseaux faisant le lien avec les services médico-sociaux, il est nécessaire qu'ils soient formés. Passer d'un hôpital à un EPHAD par exemple, implique un passage du technique au relationnel. Il faudrait idéalement des formations d'accompagnement à chaque stade des trajectoires professionnelles. Une piste possible : les diplômes universitaires (DU) (soins palliatifs, douleur par exemple), mais ils sont peu valorisés et non reconnus dans les statuts [Groupe de travail].

Le manque de lisibilité des réformes

Le Plan santé mentale revêt une grande importance. Il va obliger à réfléchir à la mise en œuvre de nouveaux types de soins, via le développement de réseaux de soins extrahospitaliers en lien avec le secteur social et médico-social. Cette collaboration et cette mise en réseau ne vont pas de soi car l'exercice en extrahospitalier nécessite des compétences que n'ont pas les novices.

La mise en place des pôles pose problème aux cadres qui ne comprennent pas toujours, le sens des réformes, et la place qu'ils peuvent occuper, dans ces nouvelles organisations [Groupe de travail].

Interactions avec les autres facteurs

2d ; 4a ; 5b.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
	**	

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Sources

Documents

D001 Commissariat général au plan (2005), *Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004*, CGP, mai 2005, 52 p.

D004 CREDES (2000), *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale, octobre 2000, 357 p.

D006 BERLAND Yvon (2003), *Rapport d'étape de la mission « Coopération de professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes, octobre 2003, 57 p.

D044 CAUSSE David et JAMOT Murielle (2006), « Compte-rendu du Séminaire des correspondants du réseau médico-social de la FHF sur le projet de plate-forme », Fédération hospitalière de France, Pôle organisation sanitaire et médico-sociale, 8 avril 2006, 6 p.

D045 FHF (nd), « Position et propositions de la FHF sur l'évolution de la chirurgie publique », Fédération hospitalière de France.

D046 MOLINIÉ Éric (Rapporteur) (2005), *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Paris, Avis et rapports du Conseil économique et social, Les éditions des journaux officiels, 263 p.

D050 Interview de Xavier Bertrand, Ministre de la santé et des solidarités *in Le nouvel hospitalier*, n° 78, Juin juillet 2006, pp. 2-5.

D171 BLANCHARD Philippe *et alii* (2006), *Évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire*, IGA/IGAS, mars 2006, 140 p.

D172 GRALL Jean Yves (2006), *Les maisons médicales de garde*, Rapport remis à Monsieur Xavier Bertrand, juillet 2006, 51 p.

D173 BRAS Pierre-Louis *et alii* (2006), *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management »*, IGAS, septembre 2006, 210 p.

D186 BOISGUÉRIN Bénédicte, BREUIL-GENIER Pascale et RAYNAUD Denis (2006), « Les trajectoires de soins en 2003 », *Études et résultats*, DREES, n° 463, février 2006, 12 p.

Groupes de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Nouvelles demandes de l'usager.

Compte-rendu du Groupe focus – Organisation de l'offre de soins et évolutions des prises en charge.

Compte-rendu du Groupe focus – Évolution des pratiques de soins.

4. Évolution des pratiques de soins

4a. L'évolution des pathologies prises en charge : vieillissement de la population, augmentation des polypathologies et des pathologies chroniques, cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies mentales et comportementales, maladies infectieuses et parasitaires

Contexte – problématique

Notamment en raison de l'évolution démographique (0a), les pathologies prises en charge évoluent vers une augmentation des polypathologies et des pathologies chroniques, cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies mentales et comportementales, maladies infectieuses et parasitaires, qui nécessitent une organisation des soins adaptée (2a, b, c) mais aussi une évolution des pratiques de soins (voir 3b, c, d, e).

Risques – Enjeux

- Adaptation de l'organisation des prises en charge à ces nouvelles pathologies.
- Adaptation des compétences soignantes et relationnelles, en faisant, notamment le lien entre médical, social, psychologique.
- Attractivité des services de personnes âgées et de psychiatrie.

Besoins croissants en psychiatrie et psychologie

La société génère du « mal-être » : les métiers en psychiatrie mais aussi les savoir-faire psychologiques deviennent déterminants [Propos d'expert].

Un aspect majeur de l'évolution des pratiques de soins est le développement la fonction support psychologique (soutien des malades, préparation à la sortie) [Propos d'expert].

Besoins liés au vieillissement de la population

Les maladies neurodégénératives « touchent environ 12 % de la population française de plus de 70 ans » [D129].

On prévoit une augmentation continue des soins en pathologie cardio-vasculaire au cours des prochaines années [D06].

Émergence de besoins dépassant les seuls soins

L'augmentation de la population âgée qui induit un développement de la prise en charge médico-sociale et de la gériatrie ; des métiers autres que le soin (exemple animation) [Propos d'expert].

Les besoins de santé : vieillissement, épidémies virales, moins de chirurgie [Propos d'expert].

Apparitions de nouvelles pathologies, réapparition d'anciennes pathologies

De nouvelles problématiques sanitaires apparaissent, comme la grippe aviaire, la dengue, le Chikungunya, etc. ; elles créent des besoins en compétences particulières, spécifiques.

Mais dans les hôpitaux, on ne voit émerger que difficilement les métiers de la vigilance. Beaucoup de médecins ne connaissent pas l'AFSSAPS. Quelques médecins travaillent sur les infections nosocomiales, mais ils manquent d'information. Ce manque de compétences et d'information s'explique par une immersion dans le quotidien : tous les professionnels de l'hôpital public travaillent le nez sur le guidon, englués dans le quotidien ; par ailleurs, ils manquent de moyens [Propos d'expert].

Avant de pouvoir dire de combien de professionnels nous aurons besoin en 2025, il faudrait faire des hypothèses sur :
– l'évolution des pathologies et leur incidence ;
– l'évolution de la place des différentes professions ou spécialités dans la prise en charge de ces pathologies ;
– le temps de travail et la productivité des professionnels pour traduire ces besoins en nombre souhaitable de professionnels [D001].

Si l'évolution des pathologies prises en charge est bien reconnue comme un facteur potentiel d'évolution des métiers, il n'en demeure pas moins que cette évolution s'avère difficilement prévisible à moyen et long terme, donc ardue à mobiliser dans le cadre d'une démarche prospective. L'impact du vieillissement de la population est toutefois un élément qui aura un impact certain, ainsi que le développement de la chronicité des pathologies, qui conduit les soignants à faire évoluer leurs pratiques professionnelles (par exemple en développant des compétences en pédagogie) [Groupe de travail].

Il est impossible de prévoir au-delà de 10 ans les besoins d'accueil de personnes âgées en fonction des pathologies : d'ici là, un traitement pour soigner la maladie d'Alzheimer, par exemple, pourrait être trouvé [D044].

Impacts sur les établissements (organisation)

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Émergence de besoins quantitatifs sur des métiers précis

Pour la prise en charge des enfants, on constate une demande de puéricultrices, de savoir-faire spécifiques en puériculture [Propos d'expert].

Avec l'essor de la maladie d'Alzheimer en cours et qui risque de se renforcer, il va y avoir des besoins énormes en spécialistes comme les orthophonistes, psychologues, etc. On en manque déjà aujourd'hui et les *numerus clausus* sont très serrés, il est donc certain qu'il y aura des tensions sur ces métiers [Propos d'expert].

Le Plan santé mentale pourrait engendrer des difficultés (risque de manque de compétences dans certains secteurs, notamment en psychiatrie où les départs en retraite seront particulièrement importants d'ici 2010). Les plans peuvent cependant apporter des solutions : le plan santé mentale prévoit par exemple une période d'adaptation et de tutorat des professionnels amenés à travailler en psychiatrie [Groupe de travail].

Le cas des pharmaciens

En France à l'heure actuelle, 85 % des personnes exerçant en LABM à but lucratif sont des pharmaciens. C'est une spécificité française qui s'explique par une loi de 1975, selon laquelle la biologie médicale ne peut être exercée que par les seuls pharmaciens, médecins et vétérinaires et nécessite d'avoir suivi une spécialisation dans ce domaine. La concurrence avec les médecins est de plus en plus vive [D034].

Les sages-femmes, métier-clé

Les nouvelles réglementations sur la qualité relatives à la périnatalité devraient accroître le besoin en sages-femmes en diminuant le nombre de naissances suivies par sage-femme [D026].

La création de nouveaux métiers

Le Plan de greffe (2000) avait créé un nouveau métier : promoteur de greffe [Propos d'expert].

En termes de nouveaux métiers ou d'évolution des métiers existants, plusieurs évolutions peuvent être identifiées :
– l'affirmation d'un besoin en éducation thérapeutique, pour la surveillance, l'HTA (Haute tension artérielle), etc. Il s'agit d'un nouveau métier à part entière à développer ;
– l'affirmation d'un besoin de formation des personnels sur la mission d'information médicale, primordiale en ce qui concerne la tarification à l'activité ;
– en ce qui concerne les préparateurs en pharmacie : des changements considérables se produisent consécutivement à une réorganisation des tâches (centralisation), qui a lieu par souci d'économie et de sécurité. Les préparateurs ont donc une année de formation en hôpital, ce qui demeure encore insuffisant.

Le métier de diététicienne a énormément évolué. Les diététiciennes s'investissent de plus en plus dans l'aide à la nutrition. Pourtant, leur formation reste « de base », en décalage croissant avec la pratique professionnelle [Groupe de travail].

Interactions avec les autres facteurs

2d ; 5a.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
*	**	***

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Remarques complémentaires

L'échéance de l'impact de ce facteur est jugée imprévisible : même s'il est quasi certain que les pathologies vont évoluer, il n'est pas possible de savoir précisément quand et comment.

Sources

Documents

D001 Commissariat général au plan (2005), *Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004,* CGP, mai 2005, 52 p.

D004 Credes (2000), *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale, octobre 2000, 357 p.

D026 Sicart Daniel (2006), « Les évolutions démographiques des professions de santé », *Dossiers Solidarité et Santé*, La Documentation Française, janvier-mars 2006, n° 1, pp. 7-22.

D027 Ondps (2005), *Synthèse générale Rapport 2004*, Ondps, 60 p.

D028 Ondps (2006), *Synthèse générale Rapport 2005*, Ondps, 60 p.

D031 Midy Fabienne, Legal Renaud et Tisserand Françoise (2005), « La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins », *Questions d'économie de la santé. Bulletin d'information en économie de la santé*, Irdes, décembre 2005, n° 101, 4 p.

D032 DARRINÉ Serge (2003), *Projection du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020. Sources, méthodes, principaux résultats*, DREES, Document de travail Série études, septembre 2003, n° 34, 38 p.

D034 COLLET Marc (2003), Projection du nombre de pharmaciens en activité en France à l'horizon 2030. Sources, méthodes et principaux résultats, DREES, Document de travail, Série études, novembre 2005, n° 54, 108 p.

D044 CAUSSE David et JAMOT Murielle (2006), « Compte-rendu du Séminaire des correspondants du réseau médico-social de la FHF sur le projet de plate-forme », Fédération hospitalière de France, Pôle organisation sanitaire et médico-sociale, 8 avril 2006, 6 p.

D142 DREYFUSS Didier et LEMAIRE François (2007), « Fin de vie : pour une entente des malades et des médecins », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 107-117.

D143 GUINCHARD Paulette et LEGRAIN Sylvie (2007), « La dépendance du grand âge. Entretien avec François Crémieux », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 118-129.

Groupe de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Évolution des pratiques de soins

4b. Les frontières dans la répartition des activités de soins se redessinent

Contexte – problématique

Si la réglementation des professions constitue « un garde-fou » indispensable aux dérives, elle montre toutefois ses limites dès lors qu'il s'agit de prendre en compte rapidement des évolutions techniques ou de pratiques de soins. En effet, le partage ou le repositionnement d'activités entre professionnels est parfois rendu nécessaire par les nouvelles conditions d'exercice du métier (exemple des manipulateurs radio qui peuvent parfois réaliser des actes infirmiers).

C'est dans ce cadre que les expérimentations Berland se sont mises en œuvre. Les transferts d'activités réalisés à cette occasion entre personnels médicaux et paramédicaux ont fait apparaître la nécessité d'une expertise soignante et donc d'un renforcement significatif des compétences des professionnels paramédicaux dans un certain nombre de disciplines ou d'activité. À noter que cette réflexion s'inscrit dans un contexte de baisse du nombre des médecins.

Risques – Enjeux

- Maintien de la qualité et de la sécurité des soins dans un contexte de démographie médicale tendue.
- Enrichissement des métiers soignants (valorisation et attractivité).
- Modification de la réglementation relative à l'exercice des professionnels paramédicaux.

Modification des frontières entre champs de compétences

Les frontières entre les métiers s'estompent sans qu'on en tire forcément les conséquences. Des actes régulièrement et systématiquement délégués devraient devenir des actes en propre au bout d'un certain temps ; Sous réserve de l'existence de référentiels, des transferts peuvent être réalisés entre les métiers (de médecins à IDE mais aussi d'IDE à AS) afin de prendre en compte la réalité du terrain (exemple des « expérimentations Berland »). En outre, des réflexions sont sans doute à mener sur des niveaux intermédiaires de spécialisations soignantes à l'instar de ce qui existe dans la plupart des pays anglo-saxons (assistante médicale aux États-Unis par exemple) On pourrait imaginer des cursus de cliniques infirmières pour des suivis de pathologies chroniques, de l'éducation à la santé et de la prévention… La question de la formation des professionnels est aussi une question de fond, avec un système aujourd'hui qui privilégie la formation initiale (toujours plus longue) à la formation continue, avec finalement peu ou pas d'évaluation des compétences des professionnels (médecins, soignants). L 'évaluation des pratiques de soins et des professionnels ne doit plus être un sujet tabou et se renforcer dans le moyen terme [Propos d'expert].

La reconfiguration des frontières :
– au sein du travail infirmier : répartition des rôles entre infirmières (soins techniques, soins d'entretien, information et suivi des patients sortis) ;
– avec les aides-soignantes : en très court séjour, les malades sont plus autonomes, les aides-soignantes ont plus de temps : participation à la préparation des dossiers de soins, aux soins techniques, à l'information des patients (des compétences sont développées en interne) ;
– avec le médecin : la disponibilité des médecins en court séjour pose un problème constant pour les infirmières qui sont de plus en plus vigilantes à ne pas outrepasser leurs compétences réglementaires ;
– avec les bénévoles : délégation d'une partie de l'écoute et l'accompagnement, qui n'est pas sans poser de problèmes (confidentialité, compétences…) ;
– avec le patient : tenir compte des exigences du patient qui se comporte en client surtout en très court séjour ou en ambulatoire [D03c].

« La délégation non contractualisée de certaines permanences de soins chirurgicaux aux anesthésistes ou aux urgentistes est une dérive qu'il convient d'arrêter. Si les chirurgiens ne sont pas en nombre suffisant pour assurer eux-mêmes la permanence des soins, la question de la pérennité du service de chirurgie sera posée » [D126].

« La réglementation ne répond pas à des questions du type : d'où vient la nourriture, qui la prépare ? Qui nettoie les locaux ? Qui se charge de taper les comptes rendus médicaux, d'enregistrer l'arrivée des patients, d'archiver leurs dossiers, d'accueillir les familles ? Qui transporte les malades ? Qui vérifie que les personnels sont présents, travaillent dans les règles, qui organise les plannings, qui définit les orientations du service ? Etc. Vis-à-vis de ces tâches-là, les établissements hospitaliers ont une plus grande latitude pour décider de leur organisation et de leur répartition. Par exemple, le secrétariat (du moins une partie) peut être assuré par des soignants comme il peut l'être par des secrétaires spécialisées. Si l'accès aux professions réglementées est restreint, en sens inverse rien n'interdit aux professionnels d'exécuter d'autres tâches dont ils n'ont pas le monopole » [D131, p. 24].

Évolutions des pratiques professionnelles, des métiers et de l'organisation des soins

Des évolutions sont à anticiper du côté de l'offre de soins :

- Les densités médicales ne sont pas identiques d'un pays à l'autre selon l'organisation des soins : les ratios nombre de patients/généraliste ou spécialistes sont doubles en France et Belgique comparés à ceux du Québec ou des Pays-Bas.
  - lorsque les filières sont très structurées, les systèmes sont plus économes en médecin ;
  - les responsabilités et les champs de compétence de la profession infirmière sont plus élargis (ex. droit de prescription en faveur d'infirmières spécialisées, accroissement du rôle des infirmiers dans le cadre des soins de santé primaire ou des soins à domicile).
- Évolution des pratiques à anticiper :
  - des pratiques plus organisées et plus collectives avec le développement des réseaux de soins (d'une simple coordination de professionnels au réseau très structuré avec en corollaire l'organisation de filières) et des cabinets de groupe (médecins et paramédicaux) ;
  - prise en charge globale : coordination pour assurer la continuité des soins et intégration de la prévention ;
  - approche plus communautaire et tournée vers la santé publique : des réseaux de professionnels prenant en charge une population et non des individus, des fonctions de veille, alerte et sécurité, épidémiologie ;
  - développement de l'évaluation et des démarches qualité [D04].
- Redéfinition des tâches et compétences réglementaires :
  - hyperspécialisation versus besoin de polyvalence lors de regroupement des services ;
  - frontière entre infirmière et manipulateur radio floue/développement de l'activité interventionnelle (cancérologie, cardiologie) ;
  - frontière entre aides-soignants et infirmières ;
  - frontière entre infirmière et médecin [Propos d'expert].

Enjeu de l'officialisation des transferts de compétence

Il est indispensable et urgent d'envisager le transfert de compétences. Il permettra de faire face, en partie seulement, à la diminution annoncée de la démographie médicale, mais aussi d'optimiser le système de soins, de régulariser des pratiques existantes non reconnues, d'éviter la mise en place d'organisations parallèles sources de conflits et de baisse de la qualité des soins, d'apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux [D06].

Les grands principes de la délégation sont :

- la formation théorique et pratique ;
- la relation entre le médecin et les acteurs paramédicaux (ces derniers devant être placés sous la responsabilité directe du médecin ; pas d'exercice indépendant comme en GB) ;
- la définition du champ de compétence des acteurs paramédicaux ;
- la formation continue ;
- la revalorisation de l'investissement intellectuel aux dépens de l'acte médico-technique [D06].

Métiers ou fonctions où la question d'une nouvelle répartition des tâches entre métiers se pose

Pharmacie : les rôles sont à définir sur le circuit du médicament : qui prescrit quoi ? Même chose pour la gestion de l'ordonnance informatisée ; qui prépare quoi et où ? Le niveau d'automatisation de la dispensation des médicaments produit plus ou moins de gain de temps pour l'infirmier [Propos d'expert].

On constate une forte augmentation attendue des effectifs infirmiers ; d'où la question de la répartition des tâches avec les médecins (dont le nombre pourrait se réduire) [D01].

En Amérique du Nord, les infirmières peuvent être praticiennes sur certains champs. Cela va souvent de pair avec une formation adaptée [D06].

Les expériences de délégation aux infirmières touchent la promotion des soins (bilan de santé, conseil, éduction, dépistage), les maladies chroniques, la prise en charge des patients non diagnostiqués [D06].

Parmi les délégations de compétences évoquées en chirurgie, on a :
– en préopératoire : l'information (hygiène, infections nosocomiales…) ;
– en peropératoire : l'installation du malade en position opératoire, la mise en place des champs opératoires, l'aide opératoire, certaines sutures notamment cutanées ;
– en post-opératoire : suivi des pansements, visites [D06].

Est évoquée l'anesthésie pour les gastro-entérologues, vue plus comme une sédation qu'une anesthésie, donc transférable du médecin anesthésiste vers le gastro-entérologue et de ce dernier sous son contrôle vers l'infirmière [D06].

L'expérience des emplois jeunes

Les emplois jeunes ont pu être mobilisés pour répondre aux nouveaux besoins émergents, qui concernaient essentiellement l'accueil, l'accompagnement des patients, l'animation (surtout auprès des personnes âgées et des enfants), l'aide à l'insertion (suivi des publics en difficulté). Des phénomènes de report de tâches ont donc eu lieu, qui ont permis aux soignants de se consacrer davantage sur le cœur d'activité. Il n'est pas certain toutefois que ces reports aient été pérennes, c'est-à-dire qu'ils se soient traduits par la création de postes ou de nouveaux métiers [D54, pp. 31-33].

Impacts sur les établissements (organisation)

Réorganiser pour rationaliser la reconfiguration des tâches

Il faut développer les métiers de techniciens spécialisés pour prendre en charge les aspects techniques et décharger les soignants [Propos d'expert].

Les établissements demandent une expertise sur la gestion de la charge de travail, car il y a des glissements de tâches et d'activités sur le personnel soignant, tout particulièrement les aides-soignantes, qui subissent une surcharge de travail.

Sur ce plan, le métier de secrétaire médical devrait être reconfiguré par les établissements, pour éviter les glissements actuels de l'administratif vers les soignants [Propos d'expert].

Nécessité d'observer les glissements de tâche afin de maintenir la qualité des services

On assiste indéniablement à une reconfiguration des tâches. Dans certains cas (aides-soignantes donnant des compléments d'informations en diététique ou en hygiène ; consultations infirmières, etc.), elle se passe sans problèmes, surtout quand ce transfert de tâches est accompagné par les professionnels spécialisés ou les cadres. Il s'agit alors d'une évolution naturelle du métier vers un élargissement de son champ de responsabilité. Mais dans certains cas, le personnel (aides-soignantes, infirmières) n'a pas toujours les qualifications pour réaliser ces tâches. Il faut donc veiller à ce que la nouvelle répartition des tâches respecte les qualifications ; on pourrait constater une baisse de qualité des services si on demande aux personnels de réaliser des activités qu'ils maîtrisent mal ou peu. Il faut également prendre en compte la question essentielle dans ces métiers de l'exercice illégal des professions si un glissement de tâches se produit [Groupe de travail].

Focaliser l'organisation sur les pratiques communes plutôt que sur les différences

Les tâches et les fonctions varient considérablement entre établissements et secteurs (ainsi, les besoins des patients et donc les pratiques de soins ne sont pas les mêmes dans un CHU que dans les hôpitaux locaux ou dans les établissements sociaux ou médico-sociaux). De ce fait, identifier les pratiques communes, plutôt que les différences entre métiers, peut s'avérer plus efficace pour identifier leurs frontières : identifier d'abord les parties communes entre infirmières, préparateurs en pharmacie, manipulateurs radio (ou entre IDE, éducateur et assistante sociale en psychiatrie), par exemple, pour s'intéresser ensuite à leurs évolutions.

Certaines activités communes sont déjà connues et normalement régulées, par exemple entre infirmières et médecins (éducation du patient). D'autres activités se développent et évoluent, du fait de changements dans les techniques, les organisations voire les lieux où sont pratiqués les soins, et peuvent entraîner des modifications dans les frontières fixées par la réglementation pour les professions. Ainsi, le développement de la distribution journalière individuelle nominative du médicament conduit à repenser les frontières entre préparateurs en pharmacie et infirmières, de même la progression de la radiologie interventionnelle modifie l'activité des manipulateurs d'électroradiologie et les conduit à faire des soins infirmiers, etc.

Ceci bouscule à la fois la réglementation fixée par décret, et les positions des acteurs qui défendent les décrets d'actes qu'ils ont eux-mêmes demandés, par scissiparité d'un métier à l'autre. On assiste ainsi à des « querelles de chapelle » qui ne facilitent pas la coproduction du soin [Groupe de travail].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Répartition des tâches infirmières/médecins

Les études faites aux USA et en GB suggèrent que les infirmières sont capables de prodiguer des soins comparables à ceux prodigués par des médecins [D01].

Il existe une demande, de la part de médecins spécialistes et d'infirmiers, d'une spécialisation des infirmières par pathologie.

Mais cette demande ne doit pas faire oublier par ailleurs le besoin de professionnels généralistes, transversaux [D27].

Les transferts de compétences (des médecins vers les soignants) sont sans doute à accélérer, à l'instar de ce qui se produit dans d'autres pays. Mais quels sont les préalables et les prérequis ? Il semble important de bien différencier pour éviter toute ambiguïté, la notion de glissement de tâche avec celle de transfert de compétences. En effet, le glissement des tâches suppose des personnels sous-qualifiés alors même qu'il y a un besoin croissant de professionnalisation, de formation, de qualification [Groupe de travail].

Face à l'essor potentiel de l'endoscopie thérapeutique, qui représente dans certains cas une alternative à la chirurgie, se pose la question du transfert de compétences médicales aux infirmiers. Un besoin d'infirmiers spécialisés en endoscopie s'affirme, sachant qu'un infirmier en endoscopie est « un infirmier spécialisé qui a pour objectif de dispenser des soins de qualité optimale pour une meilleure qualité de vie des patients qui subissent des endoscopies diagnostiques et thérapeutiques. C'est un membre accompli d'une équipe de soins pluridisciplinaire dont la pratique est régie par des règles éthiques et une déontologie professionnelle, le patient étant au centre de toutes les préoccupations » (profil professionnel européen pour les infirmiers(e) s en endoscopie) [Association professionnelle].

Un frein à l'officialisation des transferts de compétences ?

En France, les décrets de compétences freinent l'officialisation de transferts de tâches qui dans les faits ont lieu (cf. infirmières faisant des tâches relevant légalement de la responsabilité du médecin) ; il faudrait renforcer les collaborations et former les infirmières à ces nouvelles tâches, mais ça n'est pas possible à l'heure actuelle [Propos d'expert].

Un infirmier ne peut exercer en libéral qu'après 3 ans d'exercice comme salarié (obligation conventionnelle) [D026].

Les principaux champs de compétences investis par les infirmières

Les champs de plus en plus investis par les infirmières sont : le raisonnement clinique, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique, la prévention, la gestion des risques ; Cela se traduit notamment par :

– La littérature professionnelle, de travaux et productions écrites sur le sujet ;
– L'organisation de nouveaux modes de pratique dans les divers domaines d'activité hospitaliers et extrahospitaliers qui sont à prendre en compte au-delà de la fonction publique hospitalière ;
– Les expérimentations de coopération entre professionnels de santé (dans le cadre du rapport Berland) ;
– L'organisation de formations diplômantes (cf. Masters 1 et 2) par de nombreuses Universités, des propositions d'obtenir des doubles diplômes dans le cadre de collaborations Universités – Instituts de formation de cadres de santé [Association professionnelle].

Répartition des tâches pharmaciens/autres professions

L'interface entre infirmière et préparateur en pharmacie est à clarifier, car elle est en pleine évolution.

Le développement des thérapies cellulaire et génétique produit un développement des tâches de stérilisation, désinfection et préparation [Propos d'expert].

Aide-soignant et aide à domicile

La frontière aide-soignant/aide à domicile va bouger : en hôpital, les aides-soignants voient leurs compétences s'élargir et se rapprocher de celles des infirmières ; à l'extérieur, les auxiliaires de vie tendent à faire de plus en plus le travail des aides-soignants (cas de la toilette) [Propos d'expert].

Tensions potentielles soignants/administratifs

Des non soignants (« facilitateurs » dans le cadre du plan cancer par exemple, ingénieurs, etc.) s'approprient de plus en plus le soin. Ce phénomène est difficile à vivre pour les soignants, dont les tâches administratives ont par ailleurs tendance à s'accroître. Ce sont des mondes professionnels différents, avec un langage propre à chacun ; il peut en résulter une incompréhension mutuelle [Groupe de travail].

Le besoin d'un niveau de qualification intermédiaire

Les expérimentations en cours montrent que ce n'est pas l'adaptation aux nouvelles techniques qui peut créer des problèmes aux soignants. Ce qui manque le plus, en revanche, ce sont les compétences qui permettent d'évaluer et de faire la synthèse d'une situation clinique, de porter un jugement sur la situation d'une personne, de l'orienter et de coordonner sa prise en charge. Aussi existe-t-il un besoin de professionnels ayant un niveau de qualification intermédiaire entre les bacs + 3 actuels et les personnels médicaux très diplômés. Le développement de ce type de métier permettrait à la compétence médicale de se recentrer là où elle est indispensable [Groupe de travail].

On pourrait donc observer d'un côté des métiers « taylorisés », et de l'autre des métiers inscrits dans la projection, la réflexion, la coordination, passant par un contrat avec le patient. Il se peut par ailleurs qu'émerge un besoin de métiers de coordination entre ces deux pôles de métiers [Groupe de travail].

Face à la baisse du nombre de médecins généralistes, on devrait voir apparaître des emplois d'infirmières cliniciennes (profil sage-femme) [Propos d'expert].

À l'instar des « care manager » anglo-saxons, des métiers d'organisateur du parcours de soins sont à développer, notamment pour des patients âgés ou handicapés. La question du financement de ces care managers dont d'ailleurs le profil professionnel n'est pas encore défini, est en suspens. Qui va payer ? Probablement des solutions de financements croisés seront à trouver (communes, assurance-maladie, patients…) [Propos d'expert].

« Il s'agit de plus en plus de considérer le soin au-delà de l'acte médical. La dynamique à l'œuvre modifie la fonction médicale. Le médecin prend part au soin mais ne réalise plus la synthèse. Soigner, c'est donc réaliser des soins (les actes) mais aussi prendre soin (la démarche, la mise à disposition de compétences), avoir soin (le souci, la manière d'agir), produire une action soignante (la perspective) » [D01].

Le contour des professions réglementées éclate. Les AS pourront distribuer des médicaments ou faire des actes de soin. Développement du « baluchon » (Canada et Royaume Uni) : IDE et AS à domicile pour quelques jours [Propos d'expert].

Interactions avec les autres facteurs

3a ; 3b ; 7c.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
*		

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Sources

Documents

D001 Commissariat général au plan (2005), *Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004*, CGP, mai 2005, 52 p.

D003c Acker Françoise (2005), « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue Française des Affaires Sociales*, 59e année, n° 1, janvier-mars 2005, pp. 161-181.

D004 Credes (2000), *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale, octobre 2000, 357 p.

D004a Matillon Yves (2003), *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, Rapport de mission, août 2003, 94 p.

D006 Berland Yvon (2003), *Rapport d'étape de la mission « Coopération de professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes, octobre 2003, 57 p.

D027 Ondps (2005), *Synthèse générale Rapport 2004*, Ondps, 60 p.

D034 Collet Marc (2003), Projection du nombre de pharmaciens en activité en France à l'horizon 2030. Sources, méthodes et principaux résultats, Drees, Document de travail, Série études, novembre 2005, n° 54, 108 p.

D054 Dhos – Obea (2000), *Étude des activités et des métiers émergents dans les établissements de santé au titre du programme nouveaux services emplois jeunes, Direction des hôpitaux*, 147 p.

D055 Dhos (2006), *Complémentarité entre les professions de la santé*, Diaporama, Lyon DS 15 mars 2006.

D065 Bourgueil Yann, Marek Anna, Mousques Julien (2005), « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec », *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 95, juin 2005, 12 p.

D090 Le Courtois Hélène, Potier Anne et Samouilhan Sofia (2005), « Aide-soignante. Un métier en mouvement », *Formation Santé Social*, octobre 2005, n° 3, pp. 6-17.

D092 Auge Pascale (2005), « *Les transferts de compétences », Rencontres ressources humaines et management*, Diaporama, jeudi 6 octobre 2005, 25 p.

D093 Bourgueil Yann, Marek Anna, Mouosques Julien (2006), *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes. Rapport d'étude et actes de la journée du 16 juin 2005*, Irdes, Biblio n° 1624, mars 2006, 96 p.

D094 Com-Ruelle Laure, Dourgnon Paul, Midy Fabienne (2002), *L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile*, Credes, Biblio n° 1390, août 2002, 100 p.

D103 Com-Ruelle Laure, Midy Fabienne, Ulmann Philippe (2000), *La profession infirmière en mutation. Éléments de réflexion à partir d'exemples européens*, Credes, Biblio n° 1318, octobre 2000, 164 p.

D132 Chevandier Christian (1997), *Les métiers de l'hôpital*, Paris, Éditions La Découverte, 123 p.

D133 Crémieux François (2007), « L'hôpital en mouvement », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 6-13.

D162 Coudray Marie-Ange (2006), « Un futur infirmier à penser au présent », *Soins*, n° 711, décembre 2006, pp. 86-88.

D163 Darras Élisabeth *et alii.* (2003), *La profession infirmière en crise ? Une recherche sur le concept de soi professionnel des infirmiers*, Louvain, Unité des sciences hospitalières et médico-sociales, Université catholique de Louvain, 100 p.

D164 Delannoy Cathy et Mairlot Anne Françoise (2007), « L'infirmière en pratique avancée aux USA et au Canada : une infirmière clinicienne », *Intervention au IXe Congrès européen Infirmières cliniciennes*, Lausanne, 24-25 janvier 2007, 42 p.

D178 Berland Yvon et Bourgueil Yann (2006), *Rapport « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé »*, Ondps, juin 2006, 135 p.

Groupes de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Organisation de l'offre de soins et évolutions des prises en charge.

Compte-rendu du Groupe focus – Evolution des pratiques de soins.

4c. Le développement de l'hypertechnicisation et la protocolisation des pratiques

Contexte – problématique

L'évolution des technologies médicales et le développement du système d'information, l'organisation en pôles plus spécialisés et plus technologiques induisent une hyperspécialisation des soignants. En parallèle, la complexification des techniques et les exigences en matière de sécurité sanitaire nécessitent une protocolisation accrue des pratiques, ainsi qu'une réduction du temps de la prise en charge

(au niveau du professionnel) et par voie de conséquence du temps d'échange avec le patient.

Mais cette tendance à l'hyperspécialisation peut aller à l'encontre, à la fois des besoins de mobilité (pour développer des parcours professionnels décloisonnés et favoriser une organisation plus souple des services) mais aussi des besoins de polyvalence accrue dans certains services (ex. gérontologie, soins de suite…).

Problématique – Risques – Enjeux

- Concilier besoin de spécialisation et d'expertise et besoin de polyvalence.
- Concilier besoin de norme et de sécurité dans la prise en charge collective et besoin d'individualisation de la prise en charge.
- Nécessité de reconnaissance de l'autonomie des soignants.
- Recentrer le soignant sur son cœur de métier (réduire le temps passé aux tâches de gestion).
- Réduction du temps de la prise en charge individuelle entre le professionnel intervenant et le patient, et nombre accru d'intervenants rendant d'autant plus nécessaire la coordination et un système d'information adapté (voir 2d).

Plusieurs facteurs cruciaux ont un impact sur les pratiques de soins :

- La baisse du nombre global de journées d'hospitalisation (- 4,4 % de 1998 à 2002) réduit le temps accordé au patient et implique un développement d'autres activités (secteurs ambulatoire et médico-social) réalisées désormais en amont ou en aval du séjour.
- La hausse du taux annuel de passage aux urgences (17,5 % en 1996 et 23 % en 2002).
- La médicalisation croissante de la prise en charge des grossesses (passage des hospitalisation prénatales de 19,9 % en 1995 à 21,6 % en 1998 ; raccourcissement des durées : 27 % de ces hospitalisations sont de moins de 3 jours en 1995, 32,3 % en 1998), intensification du travail des sages-femmes.
- La démédicalisation de la prise en charge dans le domaine de la santé mentale : une part croissante du travail demandé au personnel est extra-médicale (précarité, isolement, etc.).
- Les normes de sécurité conduisent à définir des seuils minimaux de compétences, qui renvoient à un nombre minimum d'actes, de patients ou de praticiens ; elles favorisent l'accroissement du travail administratif intégré au processus de soins via la démarche qualité (contrôle qualité, sécurisation des traitements, protocoles, évaluation).
- Les progrès scientifiques et techniques :
  - accroissement du temps requis par certaines techniques d'analyses diagnostiques, rendant indispensable une mutualisation des savoirs faire (voire des moyens financiers lorsque l'équipement mobilisé est coûteux) ;
  - accroissement du parc d'équipement : + 29 % du parc de scanners entre 2000 et 2003 ; + 131 % pour les IRM ; + 76 % pour les TEP, accroissement des besoins en maintenance mais aussi en manipulateurs ;
  - développement des plateaux techniques requiert un renforcement du travail en équipe et de la collaboration ; celui-ci peut être freiné par des difficultés d'articulation entre spécialités médicales et chirurgicales et entre spécialités médicales et les autres professionnels de santé [D27].

« (…) la gestion effective de l'action publique en faveur des usagers soulève au moins un problème : celui de la recherche d'un équilibre entre les modes d'organisation d'un traitement individualisé portant sur la flexibilité, l'autonomie et les compétences des prestataires d'une part, et ceux de la standardisation portant sur l'homogénéité des contenus de l'information et la normalisation des pratiques, d'autre part » (p. 87).

Cette tension n'est pas par nature une opposition ; elle implique cependant la prise en considération et la préservation d'un espace pour « l'expression des compétences détenues par les professionnels » [D41].

Un personnel soignant de moins en moins disponible

Contradiction entre les besoins en soins (infirmiers notamment) qui augmentent avec la prise en charge des personnes âgées en fin de vie et la disponibilité du personnel qui diminue : le soignant se trouve être celui qui « est au front ». Il y a un déficit de confiance envers le management ; un réel sentiment de gâchis [Propos d'expert].

Malgré le fait que les CLCC sont très en avance sur l'approche globale du patient, le sentiment de perte de relation au patient existe et provient :
– de la technologie de plus en plus présente et complexe ;
– de la durée de séjour qui diminue ;
– du temps passé à la gestion du dossier patient qui augmente [Propos d'expert].

Le développement de l'éducation et de la prévention est une demande forte des usagers qui devra être davantage prise en compte par les professionnels peu formés d'ailleurs à ces pratiques [Groupe de travail].

Tension entre besoins en spécialisation et besoins de polyvalence

Il existe actuellement un danger de spécialisation alors qu'il y a une demande de polyvalence [Propos d'expert].

Le travail en équipe change radicalement. Et il faut combiner hyperspécialisation et poly-compétence [Propos d'expert].

La spécialisation va se poursuivre pour les professionnels médicaux et paramédicaux.

120 à 130 spécialités médicales. 300 revues et 25 000 publications par mois…

Le problème posé est celui de la coordination et de l'intégration de plusieurs dimensions (système d'information, valeurs et hiérarchie) [Propos d'expert].

Impacts sur les établissements (organisation)

Permanence de pratiques informelles

Au niveau des pratiques de soins, les évolutions sont lentes parce que l'hôpital est très peu souple.

De fait, les choses changent, mais par des pratiques invisibles, cachées, peut-être même illégales. Ce qu'il faut, c'est la reconnaissance de ces pratiques invisibles, qui vont de toute façon s'accroître [Propos d'expert].

On peut identifier des changements que les personnels peuvent gérer seuls, en adaptant leur pratique, et des changements plus importants, qui nécessitent un accompagnement [Groupe de travail].

Nécessité de hiérarchiser les tâches

Il est nécessaire de hiérarchiser les tâches à effectuer :
– tâches centrales (distribution des médicaments, surveillance des constantes, soins pré et postopératoires, surveillance des effets secondaires, réfection des pansements, surveillance des plaies…) ces soins techniques évoluent avec l'évolution des techniques médicales et chirurgicales ;
– le travail de surveillance de l'état du patient : toujours une part importante, d'autant plus stratégique que le séjour est court (planning, sortie en sécurité) ; temps d'information et d'éducation du patient (et famille) qui augmente et se concentre à l'entrée et à la sortie (+ demande d'information croissante de la part des patients) ; écoute et accompagnement du patient (selon pathologie et traitement) qui s'accommode mal au rythme des séjours courts (renvoi éventuel vers psychologue, assistante sociale et bénévoles [D03c].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Une surestimation des contraintes techniques ?

L'hôpital, c'est le domaine de la rhétorique et du discours qui prédomine, au détriment, le plus souvent, de la réalité. Par exemple, la technologie à l'hôpital est régulièrement appréhendée comme une contrainte par la technostructure (dirigeants, OS, corps médical, politiques…) alors que sur le terrain, elle est le plus souvent bien acceptée. La raison en est que l'on porte finalement peu d'attention au travail réel des professionnels et que l'on se fonde sur une représentation des situations [Propos d'expert].

« Pour des soignants, l'alternative est claire : la technique d'un côté (chirurgie, soins intensifs au bloc ou en réanimation), le relationnel de l'autre (pédiatrie, gériatrie, psychologie, urgences) » [D62].

Les compétences et fonctions en développement des infirmières

Les infirmières vont produire et consommer de plus en plus d'informations, de la connaissance ; il s'agit de développer un « rapport intelligent à la connaissance », de ne pas être prisonnier des outils (des protocoles par exemple) ; il s'agit de développer un « esprit scientifique » et non une capacité applicative : capacité à identifier des limites, à chercher à comprendre…

Dans la division du travail : l'infirmière doit faire mais aussi faire faire (aide-soignante, aide à domicile…) elle ne peut pas être que l'agir.

Encore faut-il que le système permettre cette évolution : car la tendance est aussi de se concentrer sur le fait d'exécuter le strict nécessaire, dans l'urgence.

Le rôle des infirmières expérimentées, des seniors, est à cet égard important voire crucial.

Il s'agit également de donner du sens au métier infirmier (soignant en général d'ailleurs) ; un projet global qui motive.

La fonction expert de l'infirmière (clinique, analyse des pratiques…) correspond à un niveau Master qui n'est pas reconnu, ni dans l'université, ni dans l'hôpital [Propos d'expert].

Le rapport 2005 de l'ONDPS inclut une enquête sur les professions paramédicales et les infirmiers, qui confirme l'insuffisance de stages cliniques et la difficulté à trouver des terrains de stage, ainsi qu'un sentiment d'inadéquation entre contenu des formations et réalité des métiers [D28].

Le risque de perte d'autonomie et de déresponsabilisation du personnel soignant

Les démarches qualité et de gestion des risques et l'hyper spécialisation technique peuvent se traduire, en ce qui concerne les soignants, par une tendance au refus de responsabilisation et d'autonomie. En effet, soigner une personne présente toujours un certain « risque », ne serait-ce que celui de la rencontre du patient. Se protéger derrière des fiches qualité, ou des déclarations d'incident met le soignant en retrait et peut dépersonnaliser le soin. L'impact sur les pratiques pourrait donc être négatif [Groupe de travail].

L'excès de protocole renforce la coupure contenu de formation/pratiques réelles de soins

La démarche de soins se focalise sur le sens des soins, le caractère unique du patient, la qualité de la relation professionnel de santé/patient. C'est cette approche qui est privilégiée dans l'enseignement des soins infirmiers. Mais d'un autre côté, la gestion des risques conduit à normaliser et à « protocoliser » les pratiques. Cela produit une contradiction entre la pratique idéale (centrée sur le relationnel, l'humain, l'individu) et la pratique réelle (centrée sur la normalisation et la technique) [Groupe de travail].

La part du travail au chevet du patient tend à diminuer au profit de la dimension technique ; c'est d'ailleurs souvent cette dimension technique du métier que privilégient les jeunes professionnels. Or, la partie relationnelle du travail représente également un sas de « décompression » pour le soignant. L'accroissement du travail technique peut donc augmenter le stress au travail [Groupe de travail].

Le métier de soignant change : il s'agit de maîtriser les protocoles mais aussi d'appréhender la complexité et de décider hors normes habituelles.

Les nouveaux métiers : ils s'organisent autour des réseaux de soin pour assurer le maintien à domicile (voir décret sur le groupement social et médicosocial et SSIAD 2005) personnes âgées dépendantes, soins palliatifs, maladies chroniques, soins psychiatriques [Propos d'expert].

La relation aux patients diminuée par le travail administratif

On constate, du fait des évolutions économiques, organisationnelles et technologiques (démarche qualité, dossiers personnalisés, etc.), une diminution du temps consacré par les professionnels à la relation au patient et un accroissement du travail soit d'ordre administratif, lié notamment aux nécessités de transmission d'informations (alimentation du dossier patients ou de tableaux de bord par exemple) et à l'accroissement des contraintes législatives ou réglementaires, soit d'ordre technique lié à la réalisation de soins hyperspécialisés. Cette évolution conduit de nombreux soignants, et notamment des cadres de santé, à souhaiter un recentrage de leur travail auprès du patient [Groupe de travail].

Le rythme s'accélère : la durée de l'hospitalisation diminue et l'information à traiter augmente ; l'activité de coordination augmente.

Le niveau de compétence doit se renforcer alors que le temps consacré au patient diminue (risque de consacrer tout le temps avec le patient qu'à des actes techniques) [Propos d'expert].

L'accompagnement des patients va diminuer du fait du développement de l'ambulatoire et des courts séjours [Propos d'expert].

Métiers émergents

L'enquête réalisée en 2000 sur les emplois jeunes dans les hôpitaux publics identifie trois types de métiers « liés à l'hôpital du XXIe siècle » (p. 61). Parmi ceux-ci figurent les « métiers liés à la sécurité sanitaire et au contrôle de qualité ». Il s'agit de métiers tels que les assistants d'assurance qualité [D54].

Interactions avec les autres facteurs

2c ; 7c ; 9a ; 9b.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
*		

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Sources

Documents

D001 Commissariat général au plan (2005), *Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004*, CGP, mai 2005, 52 p.

D003c Acker Françoise (2005), « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue Française des Affaires Sociales*, 59e année, n° 1, janvier-mars 2005, pp. 161-181.

D027 Ondps (2005), *Synthèse générale Rapport 2004*, Ondps, 60 p.

D041 Amar Laure et Minvielle Étienne (2000), « L'action publique en faveur de l'usager : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. Le cas de l'obligation d'informer le malade », *Sociologie du travail*, n° 42, pp. 70-89.

D054 Dhos – Obea (2000), *Étude des activités et des métiers émergents dans les établissements de santé au titre du programme nouveaux services emplois jeunes, Direction des hôpitaux*, 147 p.

D062 SAINSAULIEU Ivan (2006), « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, n° 48, pp. 72-87.

D140 LEPAPE Alain (2007), « Qualité des soins, gestion des risques et infections nosocomiales », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 88-97.

Groupe de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Evolution des pratiques de soins.

4d. Vers une approche globale et coordonnée de la prise en charge soignante du patient

Contexte – problématique

En conséquence de l'évolution de l'organisation des soins (3a, b, c) et de la prise en charge (4a), l'équipe soignante s'organise pour d'une part assurer la prise en charge plus globale des patients (soins, social, psychologique), pour informer et éduquer les patients et les familles (2a et d) et d'autre part pour assurer la coordination avec tous les acteurs, avant, pendant et après la prise en charge au sein de l'établissement (3c).

Risques – Enjeux

- Qualité et efficacité de la prise en charge.
- Satisfaction du patient.
- Maîtrise des coûts.
- Mise en place d'un dossier patient unique et partagé.

Facteurs externes

L'idée a été avancée que ce sont davantage les contraintes économiques et organisationnelles (soigner le mieux possible et au moindre coût) que d'éventuelles difficultés d'adaptation du personnel aux nouvelles techniques qui rendent nécessaire le besoin de prévision et d'anticipation des changements [Groupe de travail].

Les professionnels de santé ont conscience que le vieillissement de la population rend nécessaire une meilleure prise en charge plus globale, de la dépendance, ce qui inclut la prise en compte des aspects plus sociaux et l'aide quotidienne, donc du travail social ou médico-social [D27].

Impacts sur les établissements (organisation)

RTT et gestion de l'information

La RTT a accru la variabilité des temps de présence, qui peut être gérée par l'organisation du travail et/ou l'intensification du travail, selon les établissements.

Elle peut par ailleurs accroître les problèmes de gestion de l'information du fait de l'accroissement du nombre de transmissions entre équipes [D27].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

À l'instar des « care management » anglo-saxons, des métiers d'organisateur du parcours de soins sont à développer, notamment pour des patients âgés ou handicapés. La question du financement de ces care managers dont d'ailleurs le profil professionnel n'est pas encore défini, est en suspens. Qui va payer ? Probablement des solutions de financements croisés seront à trouver (communes, assurance-maladie, patients…) [Propos d'expert].

La gestion de la violence rend nécessaire le développement d'un savoir faire spécifique pour faire face à ces situations [Groupe de travail].

Le besoin de modifier le contenu du travail infirmier

La question de la spécialisation pose la question de l'adaptabilité et de la polyvalence pour travailler dans les pôles (ex. réanimation regroupée pour plusieurs services) [Propos d'expert].

L'hôpital de jour et l'hospitalisation à domicile changent les métiers. Par exemple, l'infirmière qui travaille en HAD doit apprendre à travailler seule, connaître le cadre juridique des différents réseaux de soins et des différents intervenants (public/privé) [Groupe de travail].

Le besoin d'un infirmier référent

Le travail en équipe et le partage des tâches, rendu nécessaire par un absentéisme et un taux de rotation fort, a rendu nécessaire dans nos établissements la mise en place d'un infirmier référent [Propos d'expert].

Les nouveaux métiers : autour des réseaux de soin pour assurer le maintien à domicile (voir décret sur le groupement social et médicosocial et SSIAD 2005) personnes âgées dépendantes, soins palliatifs, maladies chroniques, soins psychiatriques [Propos d'expert].

Interactions avec les autres facteurs

2b ; 2d ; 3b ; 8c.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
	**	

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Remarques complémentaires

En ce qui concerne la probabilité d'occurrence de ce facteur, il convient de distinguer les points de vue sur l'occurrence d'une approche globale de la prise en charge, jugée forte, de ceux relatifs à l'occurrence de la coordination, jugée faible ou moyenne.

Sources

Documents

D001 Commissariat général au plan (2005), *Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004*, CGP, mai 2005, 52 p.

D003c Acker Françoise (2005), « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue Française des Affaires Sociales*, 59e année, n° 1, janvier-mars 2005, pp. 161-181.

D004 Credes (2000), *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale, octobre 2000, 357 p.

D027 Ondps (2005), *Synthèse générale Rapport 2004*, Ondps, 60 p.

D186 Boisguérin Bénédicte, Breuil-Genier Pascale et Raynaud Denis (2006), « Les trajectoires de soins en 2003 », *Études et résultats*, Drees, n° 463, février 2006, 12 p.

Groupe de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Évolution des pratiques de soins.

5. Évolution des technologies médicales, de l'innovation, de la recherche

5a. L'apparition de pôles hyperspécialisés : vers une centralisation des plateaux techniques

Contexte – problématique

La sophistication croissante des équipements, leur intégration architecturale, les exigences liées à la sécurité et à la traçabilité de leur fonctionnement et à la formation des utilisateurs, conduisent à concentrer l'expertise et les équipements dans des centres spécialisés sur des techniques de pointe (exemple : chirurgie assistée par ordinateur, imagerie et biologie moléculaires…).

C'est généralement dans ces pôles hyperspécialisés que la recherche clinique se développe, constituant elle-même un accélérateur de la recherche technologique (cercle vertueux).

Les investissements importants que nécessitent ces plateaux techniques centralisés et leur coût d'exploitation élevé contribuent au développement de pratiques de mutualisation et de coopération au sein ou entre établissements, afin d'optimiser leur utilisation.

Par ailleurs, le développement de plateaux techniques centralisés nécessite aussi de concilier à la fois une exigence économique et une exigence de sécurité.

Il est en effet porteur d'exigences renforcées en matière de qualité, de sécurité et de vigilance. Les obligations nouvelles dans ce domaine (introduites par certaines directives européennes ou par l'AFSSAPS) vont avoir un impact fort sur l'ensemble du système de soins.

La gestion des dysfonctionnements technologiques est d'autant plus cruciale que la technologie est complexe et présente dans l'ensemble des systèmes de production, de gestion des soins ou de surveillance.

Risques – Enjeux

- Adaptation des niveaux d'expertise des équipes de soins (médicales, paramédicales) mais aussi techniques (biomédical, système d'information).

- Modification et nécessité de maîtrise des flux (patients, produits…) mais aussi de la gestion des risques.
- Rapprochement entre les disciplines (cliniques et médico-techniques) et les équipes (issues de métiers différents).
- Reconfiguration des architectures hospitalières pour prendre en compte ce phénomène (coopération entre l'ingénierie biomédicale, informatique et bâtiment.
- Dépendance des établissements à certains fournisseurs de technologies (équipements lourds notamment).
- Risque de « rupture » entre les personnels très spécialisés exerçant dans des centres de référence et des personnels plus polyvalents (freins à la mobilité professionnelle).
- Modification et nécessité de maîtrise des flux (patients, produits…) mais aussi de la gestion des risques.

La mise en place des pôles de compétitivité

En juillet 2006, « douze nouveaux projets santé ont reçu des financements interministériels dans le cadre des pôles de compétitivité ». Ces projets faisaient partie des 68 projets issus de 39 pôles de compétitivité. Leur financement est assuré par un fonds interministériel (ministère de l'industrie, de la défense, de l'agriculture, de la santé, de l'aménagement du territoire et de l'équipement) et pourra être complété par des financements en provenance des collectivités territoriales.

En 2005, un premier appel d'offres avait permis le financement de cinq projets de santé. Aujourd'hui, 17 projets de santé ont été financés dans le cadre des pôles de compétitivité :
– trois projets MediTech Santé (Ile-de-France) ont été retenus » : Biotype, Teniu et Immucan ;
– le pôle alsacien Innovations thérapeutiques a également obtenu le financement de trois projets : Aramis, Novalix, Pharmacosil ;
– le pôle Lyon Biopôle voit deux financements de projet validés : Deminap et Fiv Vax ;
– le pôle Cancer Bio Santé, en Midi-Pyrénées et Limousin, obtient le financement de deux projets : Anticorps monoclonaux et HuMabFc ;
– en Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon, le pôle Orpheme obtient le financement du projet NivaChick ;
– le pôle Atlantic biothérapies, quant à lui, se voit octroyer le financement du projet TcCHIP [D51].

Évolution des laboratoires

La technologie induit des regroupements.

On constate un double mouvement de spécialisation et de polyvalence : des plateaux techniques de routine très automatisés et des plateaux très pointus et la biologie moléculaire qui servent à toutes les spécialités, et des zones très spécialisées ; le personnel est appelé à aller d'une zone à l'autre [Propos d'expert].

Diagnostic génétique : l'analyse des gènes qui devrait permettre de détecter voire prédire une maladie. Progrès scientifique qui soulève autant d'espoir que d'interrogation.

Biologie interventionnelle : depuis l'apparition des techniques de procréation artificielle, des techniques multiples se sont développées permettant des actes thérapeutiques ou diagnostiques pratiqués sur des tissus, des cellules, des organes, des éléments ou des produits prélevés sur un organisme humain et destinés, après transformation ou simple conversion, à être réintroduits dans l'organisme humain. Deux grands domaines : la reproduction et la thérapie cellulaire générale ou somatique, à l'intérieur de laquelle, se constituent des spécialités, comme la biologie hématopoïétique ou la thérapie cellulaire et la thérapie génique [D17].

D'une façon générale, le plateau technique de biologie hospitalière est amené à s'adapter aux défis technologiques (évolutivité, décloisonnement, ouverture, communications) et économiques (contractualisation, gestion innovante, mise en réseau, secteur sanitaire et région), tout en s'engageant sur des priorités de qualité et de sécurité, avec une valorisation des responsabilités de proximités [D17].

Caractéristiques des achats en équipement biomédical

Les achats en équipements (moyenne des dix dernières années aux Hospices Civils de Lyon) :
– imagerie 35 % ;
– laboratoire 12 % ;
– électronique médicale 23 % ;
– techniques opérations et stérilisation 23 % ;
– exploration fonctionnelle 7 % [D09].

Principales évolutions techniques

Quelques tendances structurantes :
– informatique biomédicale : foisonnement de l'information, aide à la décision médicale, incidence sur l'organisation des soins ;
– technologies de communication : gros équipements regroupés mais petits capteurs personnalisés et répartis ; personnel nomade ; télé-expertise ; surveillance à distance ;
– interactions entre technologies, travail interdisciplinaire (ex. imagerie et oncologie) ;
– maîtrise des technologies : entraînement et formation, sécurité, traçabilité, maintenance, contrôle qualité, développement des métiers de l'ingénierie [D09].

Les principaux domaines d'évolution des technologies médicales :
– la chirurgie assistée par ordinateur ;
– le diagnostic in vivo ;
– l'imagerie médicale : radiographie curative, coloscopie virtuelle, numérisation des images et la télécommunication, l'imagerie moléculaire ;
– la télémédecine : diagnostic à distance, suivi des patients à domicile, partage des données de santé entre professionnels de santé ;
– les dispositifs médicaux implantables.

L'évolution de la médecine va dans le sens de diagnostics encore plus précoces et précis, d'une amélioration des traitements, d'un renforcement de la sécurité, des temps d'intervention plus courts et des périodes de convalescence plus réduites, qui contribuent à faire baisser le coût de la prise en charge [D10].

Il existe deux grandes tendances d'évolution de la biologie :
– poursuite des tendances observées, comme l'automatisation et la robotique, qui permettent de traiter des volumes importants d'analyses avec une amélioration de la fiabilité, de la gestion du risque biologique et du temps de réponse du laboratoire ;
– un pari sur la biologie du futur s'appuyant sur une accélération du progrès technologique, thérapeutique, et de l'émergence, tant au niveau de l'offre que de la demande, d'une médecine prédictive induisant des transformations de comportements individuels, ainsi que de nouveau enjeux organisationnels et éthiques pour la collectivité.

L'ingénierie est renforcée au sein des laboratoires avec des qualifications en rapport avec l'évolution du diagnostic biologique, les avancées technologiques et les TIC.

Parmi les avancées technologiques, c'est la génomique et ses applications en diagnostic et en thérapie qui suscitent le plus d'espoir.

Enjeux du management des technologies

- Équipements stratégiques et coûteux et leur intégration architecturale.
- Formation et apprentissage.
- Sécurité.
- Traçabilité de ce que l'on fait au patient et au matériel (émergent).
- Maintenance et contrôle de la qualité technique.
- Évaluation des technologies et organisation de l'utilisation [Propos d'expert].

Au niveau du bâtiment et des équipements :
– la maintenance assistée par ordinateur ;
– la protection de l'environnement et le développement durable ;
– économie d'énergie et des autres fluides ;
– gestion des déchets [Propos d'expert].

Techniques exploratoires

Des techniques exploratoires de moins en moins invasives (grâce au développement du scanner, de l'IRM, de la tomographie par émission de positons mais aussi progrès dans le traitement de l'image, notamment des techniques de réalité virtuelle).

Vers une chirurgie minimale : imagerie, endoscopie, laser, robotisation et miniaturisation, progrès des techniques anesthésiques : double mouvement d'une concentration de l'expertise et des équipements en des centres spécialisés pour des techniques de pointe (exemple chirurgie assistée par ordinateur), et d'un allégement des interventions par la moindre invasivité des techniques, du développement accru de la chirurgie ambulatoire.

Les pathologies pour lesquelles on peut attendre des avancées thérapeutiques importantes : maladies monogéniques (et rares) ; cancer ; maladies dégénératives (neurodégénératives, ostéoporose, AVC…) [D04].

Les innovations concernant le médicament

Le ciblage thérapeutique va se développer ; on sera de moins en moins sur une prise en charge médicamenteuse (par exemple, pour certaines pathologies,

substitution de médicaments par des remplacements d'organes). Par ailleurs, il faut souligner que les médicaments ont un impact direct non seulement sur les pathologies, mais aussi sur l'organisation des établissements. Ces innovations sont porteuses de changements forts, mais à échéance relativement lointaine [Groupe de travail].

Les évolutions des médicaments eux-mêmes auront un impact à long terme. Ainsi, le projet européen sur les nanotechnologies se fixe pour premier horizon la période 2015-2020. Les questions que soulèvent ces évolutions à venir n'en sont pas moins cruciales, notamment en ce qui concerne les modes d'administration, qui peuvent influer sur l'organisation des soins [Groupe de travail].

On peut estimer à 10 % la valorisation du temps passé consacré aux médicaments dans le budget d'un hôpital et à 6 % le montant des médicaments [D02].

Le temps lié à la gestion des médicaments à l'hôpital par les infirmières (traitement des prescriptions, liens avec la pharmacie, préparation…) est de plus en plus important [D02].

Impacts sur les établissements (organisation)

Pour les greffes : la mise en place d'équipes de garde est indispensable

Les greffes représentent une activité non programmable. C'est donc l'équipe hospitalière qui est en première ligne. De ce fait, il faut une organisation en équipes de garde et de greffe extrêmement mobiles (aller chercher le greffon, le transporter). Les hôpitaux éprouvent des difficultés à mettre ces équipes en place, et surtout à les faire fonctionner en continu : beaucoup d'équipes sautent leur tour ou refusent un greffon, du fait de la baisse des effectifs et des moyens [Propos d'expert].

Les évolutions des médicaments impliquent de nouveaux partenariats

La réglementation du médicament implique la nécessité d'augmenter les études toxicologiques et cliniques. Ces dernières doivent se faire avec l'appui du secteur de la santé et des hôpitaux en particulier.

L'innovation en médicament nécessite la construction de pôles de compétence associant privé et public, recherche, expérimentation et production [D01].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Proposer des formations techniques assurant l'adaptabilité du formé

La durée de vie des techniques diminue (moins de 5 ans) ; il convient donc de former l'utilisateur à la technique mais aussi d'améliorer sa capacité d'adaptation et sa mobilité [Propos d'expert].

Les nouvelles techniques créent des besoins de passerelles entre métiers

Quelle que soit l'issue de ces évolutions, les intervenants présents insistent sur la nécessité de décloisonner les métiers : si les professionnels ont eu besoin de statuts détaillés délimitant des frontières très précises entre les métiers, il semble

qu'aujourd'hui il existe plutôt un besoin d'évoluer et de déplacer ces frontières. Ces déplacements de frontières permettraient de répondre aux évolutions des organisations. Il faut souligner que cette mobilité professionnelle nécessitera un accompagnement important (notamment en matière de formation).

L'enjeu est donc d'établir des passerelles entre les métiers, ce que ne semblent pas permettre les statuts actuels. Ainsi les techniciens de laboratoire qui disposent de compétences très pointues n'ont pas accès à des postes d'ingénieur. Il convient de raisonner, dans le cadre de la réflexion prospective, en termes de parcours de formation, de parcours professionnel et/ou de portefeuille de compétences [Groupe de travail].

Besoin d'adaptation des techniques aux personnels soignants

Le rapport du personnel aux techniques renvoie toutefois à un thème plus large, celui de l'ergonomie : les procédures liées à l'utilisation des matériels prennent du temps. Mais est-ce que c'est aux soignants qu'il faut prendre du temps, le plus souvent aux dépens du temps passé auprès du public ? N'est-il pas préférable de veiller à ce que les équipements soient d'usage simple et souple, appropriés aux pratiques du personnel ? [Groupe de travail].

Interactions avec les autres facteurs

3a ; 4b.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
*		

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Sources

Documents

D001 Commissariat général au plan (2005), *Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004*, CGP, mai 2005, 52 p.

D002 DHOS (2001), *L'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé. Approche par l'analyse de la valeur. Quels projets pour quels objectifs ?* Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, mai 2001, 128 p.

D004 CREDES (2000), *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale, octobre 2000, 357 p.

D005 DHOS (2005), Circulaire relative à l'organisation de la recherche clinique et au renforcement des personnels de recherche, Circulaire n° DHOS/OPRC/2005/252 du 26 mai 2005.

D009 ANDRÉ Jean, DECOUVELAERE Martine et PLONQUET Frédérique (2006), « Innovations pour les usages d'un hôpital de demain. Les nouvelles organisations et la conception des plateaux techniques de demain », *Forum de l'Hôpital public*, mai 2006.

D010 SNITEM (2006), *Les technologies médicales : créer les instruments du progrès médical*, Dossier de Presse, mars 2006 – SNITEM.

D017 GOUGET Bernard (2006), « Laboratoires de biologie hospitaliers et laboratoires de ville. Nouveaux modes de collaboration et de restructuration », *Techniques hospitalières. Revue des technologies de la santé*, 61e année, n° 697, mai-juin 2006, pp. 65-76.

D051 « Pôles de compétitivité : douze nouveaux projets financés dans le domaine de la santé », *Dépêche InfoAPM*, APM International, 24 juillet 2006, 2 p.

Groupe de travail

Compte-rendu Groupe focus – Techniques médicales, innovation, recherche.

5b. Le développement de l'e-santé

Contexte – problématique

Parallèlement au mouvement de concentration de l'expertise, le développement de l'« e-santé » permet aux patients d'être suivis à domicile ou dans des établissements de proximité dans le cadre de dispositifs de télémédecine (diagnostic à distance, partage des données de santé entre professionnels de santé).

Ce double mouvement conduit à développer des outils nouveaux de surveillance et de monitorage (par exemple pour la surveillance de dispositifs médicaux implantables), dans le cadre d'une organisation en réseaux (réseaux d'images notamment, dont le développement aura un impact considérable sur l'organisation des soins) ; ces réseaux joueront également un rôle dans l'éducation thérapeutique.

L'ensemble de ces éléments a une incidence sur l'organisation des soins et sur l'organisation du paysage hospitalier (2a, b, c).

Risques – Enjeux

- Adaptation des systèmes d'information intra et extrahospitaliers (et coût de l'investissement).
- Mise en place d'un dossier patient unique, informatisé et sécurisé.
- Question de la responsabilité de la décision médicale dans le cadre d'une prise en charge en réseau

Tendance à l'externalisation et besoins de coordination

Les équipements prévus dans le cadre de Hôpital.2012 et du Plan Cancer amplifient l'investissement, la concentration technologique, l'externalisation et le partage des équipements.

Les actes qui touchent au diagnostic ou protocoles thérapeutiques deviennent « hors murs » ou partagés : cela induit des partenariats étroits et des projections hors mur [Propos d'expert].

L'e-médecine (ou e-santé) comme renfort, et non substitut, au rapport soignant/patient

Il convient de souligner que les innovations technologiques, l'essor de nouvelles techniques, notamment dans le cadre de l'e-santé, complètent mais ne se substituent pas au face-à-face personnel soignant/patient. La technique offre des réponses concrètes aux problèmes d'éloignement et peut permettre de désengorger l'hôpital ; le dialogue humain avec les professionnels reste cependant nécessaire [Groupe de travail].

Impacts sur les établissements (organisation)

Un levier pour l'essor de l'HAD

À moyen terme : la télémédecine rendra évident l'hôpital hors les murs, à domicile. Création de lits « halte soin santé » dans les EPHAD [Propos d'expert].

Le développement des soins à distance

Les progrès technologiques aujourd'hui à l'œuvre connaissent un double mouvement : d'une part, les expertises se concentrent dans certains pôles hyperspécialisés réunissant des professionnels experts (centre de référence, etc.), d'autre part le développement de l'« e-santé » qui permet aux patients d'être suivis à domicile ou dans des établissements de proximité.

Ce double mouvement conduit à développer des outils nouveaux de surveillance et de monitorage (par exemple pour la surveillance de dispositifs médicaux implantables), dans le cadre d'une organisation en réseaux (réseaux d'images notamment, dont le développement va avoir un impact considérable sur l'organisation des soins) ; ces réseaux joueront également un rôle dans l'éducation thérapeutique [Groupe de travail].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Besoin d'un référent fixe pour les patients

Se pose la question du statut juridique des professionnels qui seront amenés à avoir des modes d'exercice mixtes d'une part, et de leur responsabilité d'autre part. Est-ce à l'hôpital de piloter ces dispositifs en réseaux, d'en assurer la traçabilité ?

Quelle que soit la solution adoptée (en extra ou en intra), la personnalisation des traitements et leur administration à domicile sont susceptibles de faire émerger

un nouveau métier : celui de référent ou d'interlocuteur unique, chargé du suivi individuel du patient ; il s'agit d'un métier centré sur l'individu, et non plus le produit [Groupe de travail].

Tension entre un double besoin de polyvalence et de spécialisation

Sur le plan des métiers, les changements en cours apportent deux évolutions difficiles à concilier, avec, d'une part, un besoin de polyvalence, c'est-à-dire un besoin de faire évoluer les frontières entre métiers, services, etc. Ce besoin est bien une nécessité, qui découle en particulier de la pénurie existante ou à venir de personnel paramédical. D'autre part, un besoin croissant de spécialisation, par exemple pour l'exécution de tâches de vigilance [Groupe de travail].

Un besoin général de formation

Une accélération de l'évolution technologique se produit. Les technologies deviennent très pointues, avec beaucoup d'informatique embarquée. Le niveau des qualifications augmente et nécessite d'entretenir ou de mettre à niveau les connaissances ; des opérateurs insuffisamment formés peuvent « bloquer » les évolutions (obligation de reconversion), tout comme les médecins [Propos d'expert].

Les postes d'ingénieurs deviennent des emplois pivots

Développement massif de la fonction ingénierie et donc des métiers d'ingénieurs (physico, S.I., biomédical) qui sont des emplois pivot ; recrutement de niveau cadre (ex. ¾ des cadres embauchés par I. Curie sont des ingénieurs) ; la fonction système d'information devient stratégique avec l'apparition d'encadrement supérieur [Propos d'expert].

Besoins en métiers liés à l'éthique dans l'usage des techniques

Les avancées médicales et de la recherche, avec la thérapeutique cellulaire et génique, touchent à des sujets éthiques. Cela crée un besoin de développer un métier d'éthicien, au plus près des malades et des compétences en éthique renforcées pour les soignants [Propos d'expert].

L'e-santé comme moyen de gestion de la pénurie de compétences ?

Les évolutions technologiques peuvent aider à répondre aux problèmes de pénurie de compétences, principalement par des réseaux haut débit, qui permettent l'organisation de la disponibilité des personnels entre CHU et CH, la télé-expertise pour les diagnostics à distance. Il se produit ainsi une réorganisation du périmètre de la géographie, pour pallier la pénurie de personnel [Groupe de travail].

Interactions avec les autres facteurs

3a ; 3b ; 4d.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
	**	

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Sources

Documents

D000 Conseil de l'hospitalisation (2005), *Rapport d'analyse et d'orientation de la politique de financement des établissements de santé*, Conseil de l'hospitalisation, juillet 2005, 32 p.

D002 DHOS (2001), *L'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé. Approche par l'analyse de la valeur. Quels projets pour quels objectifs*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, mai 2001, 128 p.

D005 DHOS (2005), *Circulaire relative à l'organisation de la recherche clinique et au renforcement des personnels de recherche*, Circulaire n° DHOS/OPRC/2005/252 du 26 mai 2005.

D005c Soutien aux techniques à l'interface de la recherche et de l'application et pratique oncologique habituelle.

D005d Le soutien à certains soins, techniques, médicaments et dispositifs médicaux rares et/ou coûteux.

D117 SUAREZ CATHY (2002), « La télémédecine : quelle légitimité d'une innovation radicale pour les professionnels de santé ? », *Revue de l'IRES*, n° 39, 2002-2, pp. 1-29.

Groupe de travail

Compte-rendu Groupe focus – Techniques médicales, innovation, recherche.

5c. Les établissements de santé deviennent des acteurs incontournables de la recherche clinique

Contexte – problématique

Située en amont de la diffusion des innovations diagnostiques et thérapeutiques, la recherche clinique conditionne le maintien de la qualité des soins, le progrès médical et, partant, l'efficience du système de santé.

Aussi les établissements sont-ils devenus des acteurs incontournables de la recherche clinique (notamment dans le domaine des maladies rares). Ce mouvement est favorisé par la mise en place de plan de financement nationaux et d'une organisation renouvelée de la recherche clinique : création de départements ou de fédérations, mise en place de Directions interrégionales de recherche clinique, développement de partenariats avec d'autres acteurs de la recherche.

Des outils de valorisation et de diffusion de l'innovation médicale (par exemple à travers l'instauration de liens entre les CHU et des « bio incubateurs ») se structurent progressivement.

Par ailleurs, on peut observer que la recherche se développe dans des champs nouveaux, tels que la clinique soignante, le suivi des pathologies, les modes de prise en charge…

Voir 3a (paysage hospitalier), 4c (hyperspécialisation) et 5a (développement des pôles hyperspécialisés).

Les programmes de recherche repris par l'Union européenne devraient avoir un impact, exemple Imagerie [Propos d'expert].

Risques – Enjeux

- Maintien de la qualité des soins et du progrès médical.
- Professionnalisation de la recherche clinique (dans la gestion des projets de recherche, mais aussi dans l'organisation).
- Obtention de financements spécifiques ou complémentaires.
- Valorisation des résultats de la recherche clinique.
- Extension de la recherche à d'autres domaines (clinique soignante, suivi des pathologies, mode de prise en charge…) et identification des moyens financiers et humains correspondants.

Le caractère structurant de la recherche clinique

La recherche clinique est structurante sur l'organisation de l'hôpital ; elle vise à l'amélioration de la qualité des soins et à la validation scientifique des connaissances médicales [D05a].

Des comités de recherche se mettent en place dans chaque CHU en matière biomédicale et fédèrent établissement, université et EPST (Inserm…) [D05].

La réforme de la gouvernance des CHU place la recherche au cœur de la stratégie des établissements [D05].

En 1993 a été lancé le PHRC pour faire face à l'insuffisance constatée de la RC. Ce programme se fait par appel à projet sur la base de priorités nationales [D05a].

La RC est située en aval de la recherche fondamentale qui lui est totalement indispensable, elle utilise les nouveaux concepts et les nouveaux outils que cette dernière aura développés. Depuis 1958, c'est une mission confiée aux CHU et élargie à tous les hôpitaux en 1991. Le PHRC est mis en œuvre par la DHOS [D05a].

Impacts de la nouvelle organisation de la recherche

La RC s'est professionnalisée avec le PHRC en 1993 qui induit l'organisation de l'hôpital pour la Recherche ; dans chaque CHU, mise en place d'une Délégation à la recherche clinique. La RC est mise en œuvre par les 29 CHU, 1 CLCC et quelques gros CH ou CHS [Propos d'expert].

Les recherches cliniques visent tout particulièrement à accroître le taux d'inclusion des patients dans les essais ciblés par le plan cancer. Ce plan offre des moyens pour renforcer les personnels affectés dans les établissements de santé à des fonctions de recherche clinique [D49].

L'évolution et la consolidation des savoirs professionnels sont tributaires du nombre de travaux réalisés et de l'effet cumulatif des productions scientifiques. Pour que des travaux de haut niveau de preuve puissent être réalisés, il devient de plus en plus évident qu'il faudra disposer de lieux et de structures dédiés à cette activité [Association professionnelle].

Impacts sur les établissements (organisation)

Le besoin de coopération et de mutualisation des moyens entre établissements

On constate une nécessité accrue, pour faire avancer la recherche clinique, de travailler davantage dans le cadre de coopérations (notamment entre institutions publiques et privées — associations ou industries de biotechnologie —, entre CHU et CH, dans le cadre de pôles de compétence) [Groupe de travail].

Les délégations de la RC valident la rigueur des protocoles de recherche et coordonnent les universités et EPST :
– les départements ou fédérations de la RC sont à créer pour fédérer et mutualiser les moyens des unités de recherche (jusqu'à lors disjointes) dans chaque hôpital ;
– les délégations interrégionales de la RC (7 sur le territoire) ont vocation à assumer ce qui ne peut être fait localement et à donner une visibilité (notamment internationale) des « pôles » de RC. Elles seront créées par appel à projet. La DRC retenue devient DIRC [D05].

Le développement de la recherche à l'hôpital constitue un impératif dont dépend la poursuite des avancées diagnostiques et thérapeutiques. Il implique la professionnalisation de la recherche clinique et la reconnaissance des personnels de recherche ainsi que la mise en place d'une organisation renouvelée, notamment par la création de départements ou de fédérations de la recherche clinique. Par ailleurs, un appel à projets est lancé en vue de la création de structures interrégionales de recherche clinique [D05].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Difficultés de recrutement

Les nouvelles technologies entraînent des problèmes de recrutement dans certains métiers (ex. manipulateurs radio et radiophysiciens).

Le poids des contrôles qualité ira grandissant et entraînera un besoin de spécialistes [Propos d'expert].

Une enquête sur le personnel de recherche réalisée en 2005 dénombre 1 680 ETP sur 29 CHU consacrés à la RC, personnel médical et personnel non médical ou administratif qui représente 50 % des postes (des ARC et des TRC ou TEC) soit environ 1 000 emplois.

Les TRC incluent infirmier, technicien de labo et technicien intermédiaire avec des niveaux de formation professionnelle de deux à trois années après le bac, avec un problème de correspondance statutaire à signaler pour les techniciens qui ne sont ni infirmiers ni technicien de laboratoires. Pour les ARC le niveau de formation se situe plutôt à BAC plus 5 minimum, avec une forte proportion d'ingénieur. Se pose enfin la question de la reconnaissance de l'infirmière en centre d'investigation, de l'infirmière qui accompagne le patient dans sa prise en charge Il s'agit bien là d'une activité d'infirmière dans un contexte de recherche [Propos d'expert].

Les effectifs augmentent, et dès lors la pression sur la reconnaissance des métiers de la RC.

Il existe des modules de RC dans des universités [Propos d'expert].

Les métiers de la RC sont les suivants :
– chef de projet ;
– méthodologistes ;
– biostatisticiens ;
– ARC ;
– TRC ;
– médecin de recherche clinique ;
– autres [D05].

Sur le plan du financement des personnels, la situation est la suivante :
– personnel permanent (DRC, ARC) : dotation pérenne ;
– personnel lié à l'investigation : sur les projets mais l'on voit la constitution de pôles de RC
  – médecins investigateurs : dotation d'enseignement-recherche pour les CHU ;
– AO du Ministère de la de santé : en général 1 PHU et équipe de plusieurs CHU (et CH) avec éventuellement une implication internationale (exemple maladies rares) ;
– AO européen : les ARC doivent s'y mettre de plus en plus ; problèmes de réglementation entre les pays (exemple pays de l'Est) [Propos d'expert].

Les modalités de mobilité en cours ou développement sont les suivantes :
– interne : pour étoffer les équipes de RC ;
– externe : des TRC et ARC vers les industries Pharma ;
– embauche de personnel qualifié étranger : pour des emplois de médecins d'études cliniques dans le cadre d'échanges avec d'autres pays ;
– TRC mobile (ex. Plan Cancer) [Propos d'expert].

La contribution des infirmières à la recherche médicale et la réalisation de travaux dans le domaine des soins conduisent à une professionnalisation de ces activités et le développement des métiers de la recherche. Ainsi certaines infirmières seront amenées à consacrer une part plus importante, voire l'exclusivité, de leur temps de travail à la recherche [Association professionnelle].

Des fonds sont débloqués par appel à projet pour consolider les emplois de recherche (assistants de RC et techniciens de RC…) [D05].

La reconnaissance des métiers de la recherche suppose une harmonisation des règles d'emploi [D05].

De nouvelles compétences

Parmi les nouvelles compétences figurent celles de bio statisticien et de data-manager (dans les gros CHU).

Le promoteur d'un programme de RC est de plus en plus sollicité pour assurer l'entière responsabilité (devoir de contrôle et de regard) ce qui augmente le rôle des DRC (délégations) et des ARC (administrateurs).

La valorisation de la RC demande de nouvelles compétences pour l'ARC (brevet, propriété industrielle) et pour des juristes (développement de nouveaux métiers) [Propos d'expert].

Deux types de métiers se développent :
– les acteurs de la recherche d'une part, qui détiennent des compétences d'ordre scientifique et sont capables de faire le lien avec la clinique. Ces acteurs doivent savoir répondre aux nouvelles exigences réglementaires, qui vont croissant. Il s'agit essentiellement des techniciens de recherche clinique et des assistants de recherche clinique, qui jouent un rôle fondamental dans le champ de la recherche clinique. Il n'existe pas aujourd'hui de correspondance statutaire pour ces métiers, ce qui est dommageable ;
– les gestionnaires de la recherche clinique, qui jouent un rôle stratégique de valorisation de l'activité de recherche de l'établissement, d'organisation de partenariats et de sécurisation juridique de cette activité (ce dernier point est particulièrement important).

La mutualisation des moyens influera sur l'attractivité des établissements vis-à-vis du personnel [Groupe de travail].

Le développement des pôles d'excellence accroît le développement de la synergie entre les soins, la recherche et l'enseignement et crée un « cercle vertueux ». Les liens entre les centres de recherche et l'industrie renvoient également à l'attractivité et à la motivation du personnel (et étudiants) [Propos d'expert].

La gestion documentaire est faite pour l'instant par le médecin investigateur ; il n'y a pas encore de personnes spécialisées. Importance de la documentation pour le comité de sélection — puis pour l'évaluation (publication des résultats). Il existe dorénavant des logiciels d'analyse des publications scientifiques (exemple SIGAPS) [Propos d'expert].

Le problème de la fidélisation du personnel

En RC, apparemment, il n'y a pas de problème de recrutement mais plutôt un problème de fidélisation.

Pour les ARC et les ingénieurs, les contractuels arrivent à se faire titulariser avec le grade d'ingénieur. En revanche, les TRC non infirmier ou laborantin restent contractuels. Se pose pour eux l'enjeu du grade de technicien supérieur hospitalier.

Des TRC/TEC pourraient passer ARC via la VAE.

Des ARC évoluent vers la direction de recherche [Propos d'expert].

Des fonctions de recherche clinique mobilisent un personnel nouveau, des professionnels qui ne sont pas des médecins et qui n'entrent pas dans la classification actuelle (ingénieurs, informaticiens, etc.) [Propos d'expert].

Interactions avec les autres facteurs

4a ; 5a.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
	**	

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Sources

Documents

D005 DHOS (2005), *Circulaire relative à l'organisation de la recherche clinique et au renforcement des personnels de recherche*, Circulaire n° DHOS/OPRC/2005/252 du 26 mai 2005.

D005a L'aide à la dynamique de la recherche clinique dans les établissements de santé.

D017 GOUGET Bernard (2006), « Laboratoires de biologie hospitaliers et laboratoires de ville. Nouveaux modes de collaboration et de restructuration », *Techniques hospitalières. Revue des technologies de la santé*, 61e année, n° 697, mai-juin 2006, pp. 65-76.

D049 Circulaire DHOS/OPRC/2004/n° 346 du 22 juillet 2004 relative à un appel à projet en vue du renforcement des personnels de recherche clinique en cancérologie.

D139 Deunier Yves (2007), « L'avenir de la recherche clinique à l'hôpital », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 76-87.

Groupe de travail

Compte-rendu Groupe focus – Techniques médicales, innovation, recherche.

5d. L'intégration des expertises clinique, biomédicale, informatique et en télécommunication

Contexte – problématique

Le progrès continu des technologies, leur dissémination et leur diversité (qui s'accélère avec le développement du numérique), nécessitent une montée en puissance de l'ingénierie et un accroissement du niveau de qualification. En effet, on gère moins aujourd'hui des techniques que des signaux et des systèmes.

Cette nouvelle approche exige un renforcement de la coopération entre les différentes fonctions contribuant au fonctionnement du plateau technique (clinique, biomédicale, informatique et télécommunication). Il s'agit notamment de rapprocher les biomédicaux de l'utilisation pratique des matériels.

C'est dans ce cadre que les métiers « frontières » se développent (comme par exemple celui d'administrateur de réseaux d'images).

Par ailleurs, l'impact de ces nouvelles technologies sur les systèmes d'information et les organisations nécessite que des professionnels soient capables de mettre en cohérence les différents aspects de leur implémentation.

➢ *Voir le facteur 5a (développement des pôles centralisés)*

Risques – Enjeux

Capacité à réaliser l'intégration et à faire du « management technologique » dans une perspective de développement durable.

Évolutions technologiques

Évolutions technologiques en cours :
– informatique et télécommunication ;
– numérique ;
– miniaturisation (ex. capsule) – nanotechnologie ;
– génétique ;
– médecine moléculaire (imagerie + traceurs) ;
– assistance par ordinateur (système apprenant, détection d'image) ;
– nomadisme (dans et hors murs).

Les technologies médicales deviennent :
– plus complexes et diverses ;
– moins invasives ;
– à distance ;
– prédictives et à détection précoce ;
– personnalisées, individualisables.

Ce qui change fortement : l'informatique biomédicale : capteurs numériques, aides à la décision, traitement de l'image, organisation des soins [Propos d'expert].

Travail pluridisciplinaire :
– imagerie moléculaire et oncologie ;
– imagerie interventionnelle et endoscopie ou chirurgie.

Le besoin en ingénierie biomédicale au niveau des services (blocs, imagerie, réanimation) et des labos, plus proche de la clinique, des ingénieurs qui peuvent être partagés sur plusieurs services.

Les effectifs en ingénieurs et techniciens supérieurs ne peuvent qu'augmenter : programmation, achat, maintenance, assistance à optimisation, à utilisation [Propos d'expert].

Évolutions au sein des blocs opératoires

Le bloc opératoire :
– les TIC arrivent au bloc (imagerie interventionnelle) ;
– concentration et augmentation du nombre et de la taille de salles ;
– des équipements de plus en plus technologiques et du personnel de plus en plus techniques (IBODE et IBM) [Propos d'expert].

Enjeux des plateaux techniques

➢ *Composition des plateaux techniques*

Il existe plus de 1 000 ingénieurs hospitaliers (10 en 1956) dont les ingénieurs biomédicaux pour répondre au besoin de gestion des plateaux techniques hospitaliers.

Le plateau technique comprend trois niveaux : infrastructure requise pour son fonctionnement (bâtiment, fluide, énergie), la structure technique de soins (les équipements biomédicaux) et la superstructure (SIC et dispositif de supervision) Ces trois niveaux mettent en œuvre trois types de métier d'ingénierie : ingénieur bâtiment — ingénieur biomédical — ingénieur informaticien.

Éléments du plateau technique :
– laboratoires : centres de biologie avec zones techniques pluri-spécialités ; appareils de « biologie délocalisée » ; système d'information (prescription, analyses, résultats) ;
– imagerie : système d'information, salles de lecture remplacées par des postes de visualisation, dialogue imagerie-clinique, proximité urgences, réanimation et bloc opératoire ;
– bloc opératoire : reconfiguration et adaptation des locaux ; densité des équipements accrue ; système d'information ; imagerie interventionnelle ;
– soins critiques, intensifs et réanimation : système d'information clinique, multiplication des équipements face à une exigence de sécurité accrue et la nécessité d'accéder facilement aux patients ;
– unité de soins : connexion des équipements, système d'information, multiplication des équipements [D09].

➢ *Évolutions*

L'évolution des plateaux techniques est marquée par trois éléments :
– le regroupement des plateaux techniques ;
– organisation en pôles d'activité et développement des activités « hors hospitalières » ;
– exigence d'efficience et exigence de sécurité [D08a].

Formidable développement du plateau technique : technologies de l'information et de la communication, technologies moléculaires, technologies génétiques, nanotechnologies :
– moins invasives ;
– plus complexes et variées ;
– à distance ;
– prédictives ;
– personnalisées [D09].

Impacts sur les établissements (organisation)

Le développement d'une nouvelle fonction de gestion des risques technologiques

Les obligations nouvelles en matière de qualité, de sécurité, et de vigilance (introduites par certaines directives européennes ou par l'AFSSAPS) vont avoir un impact fort sur l'ensemble du système de soins.

La mise en œuvre des biovigilances s'appuie sur le principe d'une chaîne de responsabilités, coordonnée par un professionnel qui centralise et diffuse l'information ; on peut considérer qu'il s'agit là d'un nouveau métier.

La gestion des dysfonctionnements technologiques (gestion des pannes) est d'autant plus cruciale que la technologie est complexe et présente dans l'ensemble des systèmes de production, de gestion des soins ou de surveillance.

Par ailleurs, la question de la sécurité et de la qualité des données, notamment, est fondamentale. L'ensemble des soignants doit y être sensibilisé [Groupe de travail].

Difficultés prévisibles à concilier l'exigence de sécurité et celle de rentabilité

Une antinomie à concilier se dessine dans le paysage hospitalier actuel. C'est celle entre l'exigence économique (efficience) et l'exigence de sécurité (pour le personnel et le patient) [D09].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Un besoin de montée en qualification de l'ensemble du personnel

Le progrès continu des technologies, leur dissémination et leur diversité (qui s'accélère avec le développement du numérique) nécessitent une montée en puissance de l'ingénierie et un accroissement du niveau de qualification. Ainsi, si on gérait auparavant des techniques, on gère désormais des signaux et des systèmes ; il est indispensable de s'adapter à cette nouvelle approche. Se fait jour un besoin de personnels qualifiés, intermédiaires entre le niveau Bac + 3/4 et le niveau de qualification détenu par les professions médicales. Les métiers « frontières » se développent, comme par exemple celui d'administrateur de réseaux d'images [Groupe de travail].

Repenser les formations à l'utilisation des matériels

Il s'agit également d'utiliser de façon optimale les équipements, d'une part en les gérant dans le cadre de procédures qualité améliorées, d'autre part en formant mieux les utilisateurs : aujourd'hui, les formations à l'utilisation des matériels proposées par les fournisseurs lors de leur achat ne sont pas suffisantes. La formation s'effectue essentiellement de façon empirique, génératrice de risques de déperdition d'information et de savoirs pratiques. La connaissance doit être davantage partagée [Groupe de travail].

La difficulté à délimiter la responsabilité dans les collaborations ingénieurs/médecins

Il s'agit de rapprocher les professionnels biomédicaux de l'utilisation pratique des matériels.

Or ce rapprochement entre ingénieurs et médecins, par exemple dans le travail d'interprétation des données fournies par les matériels, soulève le problème de leur responsabilité respective. La responsabilité des ingénieurs biomédicaux ne fait pas aujourd'hui l'objet d'une réglementation particulière [Groupe de travail].

Besoins en compétences de gestion de projet

L'impact de ces technologies sur les systèmes d'information et les organisations, notamment, nécessite que des professionnels soient capables de mettre en cohérence les différents aspects de l'implémentation de ces technologies. Ainsi, des compétences managériales en ingénierie de projet, en gestion de projets transversaux (voire extraterritoriaux), en conduite du changement sont requises [Groupe de travail].

Difficultés de recrutement

Nouvelles technologies : problème du recrutement dans certains métiers (exemple manipulateurs radio et radiophysiciens).

Des besoins en compétences nouvelles

Les professionnels de l'imagerie et de la biologie sont très en avance sur la mise en place de systèmes d'assurance et de contrôle qualité (dans le cadre de la protection contre les rayons ionisants par exemple). L'ensemble des professionnels devra à terme s'aligner sur ce modèle.

Il faut cependant remarquer que, dans certains domaines (par exemple en biologie), un certain nombre de procédures ne peuvent être automatisées et dépendront donc d'« hyperspécialistes » qui ne s'occuperont que de ces procédures complexes de sécurité et de qualité.

Ces nouvelles exigences, encadrées par l'AFSSAPS, auront un impact profond sur les métiers ; elles obligeront en effet les établissements à mettre en place des procédures lourdes mobilisant du temps, des hommes et des compétences [Groupe de travail].

Le développement de la transmission des images, de la télémédecine, de la gestion partagée des données médicales nécessite de développer de nouvelles compétences. (par exemple pour trier les clichés avant télétransmission) [Propos d'expert].

Des capacités d'adaptation du personnel inégales

La capacité d'adaptation du personnel aux nouvelles technologies n'est pas acquise. Ces personnels ont certes toujours dû, et globalement toujours su, s'adapter aux évolutions techniques. Toutefois, celles-ci se multiplient et les capacités d'adaptation des professionnels de santé s'avèrent, dans les faits, diffuses et inégalement réparties [Groupe de travail].

Interactions avec les autres facteurs

4b ; 4d.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
*		

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Sources

Documents

D003d Schweyer François-Xavier et Metzger Jean-Luc (2005), « Entre profession, organisation et marché : le cas des ingénieurs biomédicaux hospitaliers », *Revue Française des Affaires Sociales*, 59e année, n° 1, janvier-mars 2005, pp. 183-205.

D008a Decouvelaere Martine (2005), « Ingénieur biomédical hospitalier : quelles perspectives ? », *Revue ITBM-RBM*, avril 2005, Vol. 26, n° 2, pp. 8-11.

D009 André Jean, Decouvelaere Martine et Plonquet Frédérique (2006), « Innovations pour les usages d'un hôpital de demain. Les nouvelles organisations et la conception des plateaux techniques de demain », *Forum de l'Hôpital public*, mai 2006.

D009b Établissements de santé en France.

D017 Gouget Bernard (2006), « Laboratoires de biologie hospitaliers et laboratoires de ville. Nouveaux modes de collaboration et de restructuration », *Techniques hospitalières. Revue des technologies de la santé*, 61e année, n° 697, mai-juin 2006, pp. 65-76.

Groupe de travail

Compte-rendu Groupe focus – Techniques médicales, innovation, recherche.

6. Évolution économique

Contexte – problématique

La mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé conduit les établissements à une recherche continue de l'efficience et d'optimisation des moyens. Il s'agit de concilier les exigences de qualité et de sécurité des prises en charge et de moindre coût.

C'est dans ce cadre que les établissements développent une meilleure connaissance de l'activité (notamment médicale) et de ses coûts.

Ils s'attachent par ailleurs à rationaliser et optimiser les activités de support aux soins, telles que les activités médico-techniques, ou les activités logistiques (achat, approvisionnement).

Enfin, la nécessité de générer des recettes incite les établissements à améliorer et sécuriser leur dispositif de facturation.

Risques – Enjeux

- Maintien de la qualité et de la sécurité de la prise en charge.
- Faire le lien activité/coût (y compris dans les services) et rapprocher les fonctions contrôle de gestion et traitement de l'information médicale, dont les rôles deviennent stratégiques.
- Modification des processus de décision entre les services, les pôles et les fonctions support.
- Faire le lien entre politique qualité et de gestion globale des risques et gestion économique.
- Développement d'une culture médico-économique partagée.
- Maîtrise de l'externalisation et de l'internalisation.
- Risque de faire des ressources humaines une « variable d'ajustement » qui se heurterait à la nécessité d'être attractif et surtout de fidéliser les personnels.

Évolutions macroéconomiques

Le différentiel entre la croissance de la richesse nationale et celle des dépenses de la santé s'est ralenti. De 3 points en moyenne dans les années 70, il est passé à 2 points dans les années 80 et 1 point dans les années 90, pour être quasi nul dans les années 2000 [D04].

On doit anticiper une crise majeure de l'hôpital public entre 2008-2012 : car se posera alors la question des financements publics (budget de l'État, retraite et maladie) [Propos d'expert].

Influence de mesures gouvernementales

Accords d'amélioration des pratiques hospitalières :
– accord national sur le bon usage des antibiotiques ;
– contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations (au plus tard 1er janvier 2006) ;
– les achats hospitaliers (médicaments) [D000].

En ce qui concerne les plans santé, certaines conditions à leur utilité sont identifiées : éviter qu'ils ne deviennent une « mode », risquant de déstabiliser les structures existantes sans garantie d'amélioration ; s'assurer que les moyens financiers et humains suffisants sont alloués pour leur mise en œuvre [Groupe de travail].

Étapes du passage à la T2A

Le passage à la tarification à l'activité suit les étapes suivantes :
– un passage progressif sur la période 2005-2012 (50 % en 2008) ;
– l'intégration de la prévision et du raisonnement économique dans le pilotage des établissements ;
– l'alignement progressif des budgets sur les standards nationaux [D00].

Recherche d'efficience

L'exigence d'efficience (rapport qualité/prix) va exercer une pression de plus en forte sur l'HP. Il s'agit d'accompagner, d'anticiper les risques et de mettre en place les systèmes de formation initiale et de formation professionnelle continue dont on a besoin [Propos d'expert].

➢ *Par la baisse des coûts*

La qualité des prestations délivrées aux patients peut être une source importante de baisse des coûts, par la rationalisation et l'évaluation qu'elle induit [Groupe de travail].

➢ *Par l'accroissement de la productivité*

Des études transnationales soutiennent l'idée que le paiement des médecins par des honoraires pour services augmente leur productivité en comparaison du paiement par capitation et salaire [D01].

Comparaison des secteurs public et privé

Les causes possibles aux écarts apparents des coûts entre hôpitaux publics et privés :
– difficultés à tarifer certaines activités des hôpitaux publics, pour les missions spécifiques dont le coût n'est pas rattachable directement au patient ;
– les tarifs du public sont « tout compris » (honoraires du médecin, examens techniques, etc.) ; pas ceux du privé ;
– la différence des publics : les pathologies les plus complexes et les populations les plus fragiles vont vers le public (et les urgences pour le second cas) ;
– la moindre possibilité du public de faire de l'activité programmée, et ce d'autant plus que les hôpitaux publics restent en grande partie polyvalents, tandis que les cliniques privées se spécialisent.

Les facteurs 3 (polypathologies plus présentes dans le public) et 4 (polyvalence) rendent plus difficile l'organisation en GHS, qui représente la base de l'application de la T2A [D46].

Les hôpitaux publics ont des missions d'intérêt général et une obligation de service public, que le secteur privé n'a pas. Il semble en résulter un coût plus élevé de l'hôpital public, qui ne peut se retirer d'un marché non lucratif. La précarité sociale a des conséquences fortes sur les prises en charge et leurs modes de tarification [Groupe de travail].

La T2A pose le problème de l'adaptabilité des moyens (structures et personnel).

Il y a des risques de captage de moyens vers le privé [Propos d'expert].

La T2A va certainement avoir un effet plus important que les SROS III pour diffuser les nouveaux modes de management au sein des hôpitaux.
Elle va vraisemblablement permettre une convergence des tarifs entre hôpitaux publics ; par contre, la convergence des tarifs du public et du privé paraît difficilement réalisable, du fait de la spécificité de la mission de service public [Propos d'expert].

Expériences de différents CHU

Au CHU de Nantes, les pôles médicaux mis en place dès 1997 se sont très vite approprié les démarches d'analyse de gestion ; beaucoup sont attentifs à optimiser leur *case mix*. Le poids du coordonnateur de pôle s'est renforcé par rapport à celui du chef de service ; les cadres supérieurs de santé ont gardé la gestion des ressources humaines. Les assistants de gestion, qui relèvent d'un service déconcentré du contrôle de gestion, identifient les dysfonctionnements dans la chaîne de soins.

Au CHU de Nice, les deux contrôleurs de gestion recrutés restent extérieurs au pôle. Ce sont des interlocuteurs externes d'appui, qui ont des compétences d'analyse et de contrôle, de fiabilisation, d'organisation et de diffusion des données. En revanche, il existe un technicien d'information médicale par pôle.

L'assistant de gestion participe à la fiabilisation des données : suivi des structures, répartition des personnels par UF, passage des commandes… On s'oriente à terme vers un contrôle de gestion partagé entre la direction générale et les services. Ce type d'organisation a un coût important (recrutement des contrôleurs de gestion), mais s'avère *in fine* rentable [Groupe de travail].

Risques potentiels que la T2A peut générer

Les risques que la nouvelle tarification et les nouveaux modes de financement peuvent générer sont les suivants :
– un risque de sélection des patients (les plus solvables) et des pathologies (les plus rentables) ;
– un risque inflationniste (gonflement artificiel de l'activité, fractionnement des séjours) : une meilleure efficience microéconomique (contrôle des coûts, etc.) n'entraîne pas forcément un contrôle macroéconomique des dépenses ;
– un risque de dégradation de la qualité des soins, du fait d'une baisse des investissements et de stratégies de réduction excessive des coûts [D46].

Il existe aussi avec la T2A un risque de balkanisation des établissements avec des juxtapositions de pôles et donc des pertes de cohérence des projets d'établissements [Groupe de travail].

Impacts sur les établissements (organisation)

Une tendance accrue à l'externalisation de certains services

Toutes les activités qui ne sont pas « cœur » à l'hôpital sont potentiellement et techniquement externalisables (tout ce qui en fait peut être réalisé dans le secteur privé : production des fiches de paie par exemple, prestations informatiques, certaines activités de biologie ou même le contrôle de gestion pour les petits établissements.). Elle peut permettre, dans certaines conditions, de donner des marges de manœuvre aux établissements. Les petits établissements devront, de toute façon, recourir à des prestataires extérieurs.

Or un établissement peut certes externaliser une activité, mais pas sa responsabilité. Malgré un prestataire défaillant (les spécificités des missions de l'hôpital public ne sont pas toujours bien prises en charge par le secteur privé), l'hôpital sera toujours dans l'obligation d'assurer certaines missions. On ne peut donc externaliser que ce que l'on maîtrise très bien et ce qu'on peut parfaitement contrôler, en s'appuyant sur des contrats solides qu'il s'agit de gérer de façon optimale (aussi l'externalisation est-elle finalement plus difficile à gérer pour les petits établissements) [Groupe de travail].

Dans le privé, l'externalisation des moyens sur la restauration et l'hôtellerie est forte et va se poursuivre : 80 % de la restauration-hôtellerie sont externalisés, 20 % du nettoyage [Propos d'expert].

La fonction maintenance peut éventuellement être confiée totalement ou partiellement à un prestataire externe, à analyser selon la situation en termes de compétences interne, de calcul des coûts, de possibilité de partager la maintenance… [D08c].

Difficultés à intégrer l'utilisation des médicaments

La tarification T2A doit permettre d'intégrer l'utilisation de médicaments coûteux alors que le GHS ne le permettait pas. Mais les moyens budgétaires restent limités bien qu'une enveloppe spécifique soit créée [D05d].

Vers une redéfinition des fonctions financières, contrôle de gestion et traitement de l'information médicale

À la faveur de la mise en œuvre de la T2A, la répartition des rôles entre fonctions financières, contrôle de gestion et traitement de l'information médicale évolue. On assiste en effet à un double mouvement :

– d'une part une séparation de plus en plus nette entre la fonction financière et la fonction contrôle de gestion ;
– d'autre part un rapprochement entre la fonction contrôle de gestion et la fonction traitement de l'information médicale [Groupe de travail].

Affirmation du rôle crucial des services administratifs d'accueil

Le passage à la CCAM tarifante nécessite un travail coordonné entre la secrétaire médicale, le praticien et le bureau des entrées (d'où la question de l'évolution nécessaire de l'accueil administratif : quelle pertinence à maintenir la distinction entre secrétariat médical et bureau des entrées ?) [Groupe de travail].

La mise en œuvre de la tarification à l'activité réduit les marges de manœuvre financières externes des établissements. Ces derniers essayeront donc de plus en plus de dégager des marges de manœuvre internes. Il s'agira notamment d'identifier et de réguler davantage les flux de dépenses [Groupe de travail].

Les systèmes d'information deviendront un appui indispensable des DIM

La mise en place de la tarification à l'activité confère un rôle stratégique au DIM. Les techniciens de l'information médicale, notamment, ont un rôle fondamental de fiabilisation des données médicales. Ils se professionnalisent de plus en plus. À ce titre, il faut souligner l'enjeu majeur que représentent les systèmes d'information : les établissements vont être tenus d'investir massivement sur les SI, afin d'obtenir des données plus précises et plus fiables. On ne peut pas faire de prévisions si on n'a pas des données très précises [Groupe de travail].

La collaboration contrôle de gestion/DIM est un enjeu stratégique

Il est fondamental que le contrôle de gestion et le Département d'Information Médicale travaillent en étroite collaboration. Cette collaboration n'est pas évidente, compte tenu de la spécificité de leurs approches respectives : le contrôle de gestion vise à standardiser des coûts, alors que le médecin parle avant tout d'individus. Or elle seule permet d'identifier les dysfonctionnements dans les parcours de soins, les « nœuds » dans les prises en charge (sorties retardées du fait de retards dans l'interprétation, etc.) et de donner les outils permettant de réfléchir à l'amélioration du parcours de soins.

Il ne s'agit pas de fusionner le contrôle de gestion et le traitement de l'information médicale, mais d'instaurer une « perméabilité » réciproque. Il s'agirait en fait d'une même fonction, consistant à faire le lien entre coût et activité, qui regrouperait des métiers différents [Groupe de travail].

Besoin de rapprochement DIM/bureau des entrées

Les évolutions (réglementaires, demandes des usagers, technologiques…) et la pénurie de compétences spécialisées doivent se traduire par un rapprochement entre les DIM et le bureau des entrées. Mais ce sont des cultures différentes. Dans les hôpitaux de province, le DIM a souvent la mainmise sur l'information et ne la diffuse pas toujours. L'information demeure encore un centre de pouvoir [Groupe de travail].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Distinguer et délimiter les rôles respectifs des postes, fonctions et réseaux

Le schéma idéal qui se dessine est celui d'un contrôle de production dans les pôles, les services, les UF, chapeauté par des soignants, avec l'appui de services transversaux à disposition des pôles (comme des prestataires internes). Dans cette configuration, le rôle de chaque membre du « triumvirat » doit être bien défini. Les assistants de gestion des pôles (qui ne feront pas uniquement du contrôle de gestion), notamment, auront un rôle particulier à jouer dans cette diffusion. Par ailleurs, le fait d'autonomiser les pôles en termes d'analyse de gestion nécessite que soit maintenu un niveau « macro », chargé de faire de la prévision, et d'élaborer des règles explicites et communes à tous.

Il faut remarquer que cette diffusion des compétences en contrôle de gestion nécessite que les rôles et missions de chacun (entre DAF, DIM et contrôle de gestion) soient au préalable bien définis ou précisés. Il est notamment nécessaire que les établissements sachent ce qu'ils attendent respectivement du contrôleur de gestion comme individu, de la fonction de contrôle de gestion, des réseaux de gestion, et de l'articulation entre eux [Groupe de travail].

La cogestion entre médecins et administratifs est souhaitable mais fragile. Il faut allier transparence, simplicité et pédagogie : trouver les intérêts partagés. Avoir des outils de contrôle de gestion et savoir déléguer [Propos d'expert].

Besoins de compétences

La T2A, la gouvernance induit le développement du métier de l'organisation ; l'hôpital public manque de compétences en organisation, en logistique, en gestion des interfaces [Propos d'expert].

- *Des besoins de compétences en prospective financière*

L'EPRD nécessite que les établissements soient capables de réaliser des prévisions d'activité et de dépenses. Cette compétence devient critique : calculer les taux d'évolution des recettes permet d'organiser aujourd'hui les mesures de rationalisation des dépenses. Or cette compétence est particulièrement difficile à maîtriser, compte tenu notamment des incertitudes sur l'évolution des tarifs et des politiques publiques.

Les prévisions de dépenses de personnel, notamment, sont fondamentales (70 à 80 % des dépenses d'un établissement). Elles s'appuient sur des connaissances statistiques, sociologiques, et sur la connaissance des coûts. L'AP-HP essaye ainsi de développer des compétences en prévision chez les directeurs de ressources humaines. Par ailleurs, les prévisions d'activité sont elles aussi particulièrement difficiles à réaliser : on ne peut pas en effet « modéliser » la demande de soins des patients. Enfin, les besoins en prospective financière se développent également : la facturation « au fil de l'eau », par exemple, nécessite de connaître parfaitement ses besoins en fonds de roulement [Groupe de travail].

Le travail au sein des directions financières était auparavant fondé sur une démarche budgétaire, elle-même basée sur une connaissance des procédures administratives. Aujourd'hui, un changement de fond des compétences requises se produit, avec le développement de compétences en analyse financière : l'EPRD nécessite en effet la prise en compte de l'incertitude propre à l'activité [Groupe de travail].

- *Le contrôle de gestion devient de plus en plus une compétence centrale*

La logique d'efficience et de performance est un enjeu majeur, elle induit une évolution profonde de l'hôpital public.

Le contrôle de gestion consiste en la collecte et le traitement de l'information. Son enjeu est de « faire parler les chiffres ».

La diffusion de cette compétence au niveau des pôles (assistant de gestion ou nouvelle compétence des encadrants) est un enjeu clé. Il est nécessaire de faire le lien entre l'administration, la logistique et les soignants ; de décloisonner, faire l'interface, la coordination [Propos d'expert].

Dans les CHU, la fonction de contrôle de gestion est très développée, formalisée. Ça n'est pas le cas dans les petits établissements et dans certains hôpitaux généraux, qui ne sont pas toujours capables de prévoir leurs recettes globales.

Leur priorité est aujourd'hui de mettre en place un contrôle de gestion au niveau central. C'est dans un second temps que la diffusion aux autres cercles sera envisageable [Groupe de travail].

- *Le caractère central du secrétariat médical dans la recherche d'efficacité*

Le métier de secrétaire médicale est un métier-clé en pleine évolution (courrier, transmission, coordination) [Propos d'expert].

- *Place cruciale des métiers de la logistique et de l'achat*

Les réformes en cours nécessitent une plus grande réactivité des services d'achat et d'approvisionnement. À ce titre, peuvent se développer de nouveaux métiers de la logistique (gestion de stocks, sortie de stocks en temps réel, etc.). Le personnel dans ces services n'a pas forcément l'adaptabilité requise par une gestion logistique optimale [Groupe de travail].

Des groupements d'achat se mettent en place, entre CHU notamment. Cela devrait changer les métiers d'achat [Groupe de travail].

Des effets de l'EPRD sur la politique de recrutement

Il existe aujourd'hui une contradiction entre le droit de la fonction publique (le statut) et l'EPRD : les charges de personnel restent pérennes, alors que les recettes ne le sont plus. La mise en œuvre de l'EPRD semble de fait, indirectement, inciter les établissements à privilégier le recrutement de contractuels et non plus de titulaires ; les emplois non permanents constituent ainsi une « marge de flexibilité » pour les établissements [Groupe de travail].

Le contrôle de gestion se développe pour renforcer le pilotage médico-économique de l'établissement à tous les niveaux. Ce renforcement nécessite d'avoir des cadres experts dans le domaine du contrôle de gestion [Propos d'expert].

Sur les compétences clés (information médicale, contrôle de gestion), le secteur privé offre des conditions de rémunération plus intéressantes que l'hôpital public. On observe ainsi une « fuite » de personnels compétents et formés par le public, vers le privé [Groupe de travail].

Interactions avec les autres facteurs

4b ; 4c ; 4d ; 7a ; 7b ; 8a ; 8b ; 8c ; 9a ; 9b.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
*		

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Sources

Documents

D001 Commissariat général au plan (2005), *Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004*, CGP, mai 2005, 52 p.

D002 DHOS (2001), *L'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé. Approche par l'analyse de la valeur. Quels projets pour quels objectifs*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, mai 2001, 128 p.

D004 CREDES (2000), Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale, octobre 2000, 357 p.

D005d Le soutien à certains soins, techniques, médicaments et dispositifs médicaux rares et/ou coûteux.

D008c GEORGIN D., NATAN J., SZYMCZAK H. et FARGES G. (2005), « Management de l'externalisation de la maintenance biomédicale », Revue ITBM-RBM, décembre 2005, Vol. 26, n° 6, pp. 7-11.

D034 COLLET Marc (2003), « Projection du nombre de pharmaciens en activité en France à l'horizon 2030. Sources, méthodes et principaux résultats », Drees, Document de travail, Série études, novembre 2005, n° 54, 108 p.

D046 MOLINIÉ Éric (Rapporteur) (2005), L'hôpital public en France : bilan et perspectives, Paris, Avis et rapports du Conseil économique et social, Les éditions des journaux officiels, 263 p.

D064 MOISDON Jean-Claude (2000), « Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français », *Sociologie du travail*, n° 42, pp. 31-49.

D066 DUROU Daniel (2006), « Organisation en pôles, T2A, pilotage médico-administratif. L'épreuve de vérité. Poursuite d'une réflexion sur l'expérience du CHU de Toulouse », *Technologie et santé*, CNEH, n° 58, avril-mai 2006, pp. 39-42.

D109 DHOS (2005), *La réforme du régime budgétaire et comptable des établissements de santé*, Ministère de la santé et des solidarités, 168 p.

D118 VASSELLE Alain (2006), *Rapport d'information sur la réforme du financement des établissements de santé*, Sénat, n° 298, avril 2006, 55 p.

D133 Crémieux François (2007), « L'hôpital en mouvement », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 6-13.

D135 Crémieux François, Deugnier Marie (2007), « Principes de régulation des dépenses hospitalières », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 32-29.

D150 Legendre Marie-Caroline, Le Rhun Béatrice, Martin Myriam, Podevin Marie et Villeret Sébastien (2006), « Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2004 », *Études et résultats*, Drees, n° 489, mai 2006, 7 p.

D151 Legendre Marie-Caroline, Le Rhun Béatrice (2006), « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2003 et 2004 », *Études et résultats*, Drees, n° 498, juin 2006, 8 p.

D152 Haury Brigitte et Lombardo Philippe (2007), « « PLATINES », un site d'information sur les établissements de santé en France », *Études et résultats*, Drees, n° 550, janvier 2007, 8 p.

D153 Legendre Marie-Caroline, Le Rhun Béatrice (2007), « Les comptes d'exploitation des établissements participant au service public hospitalier entre 2001 et 2004 », *Études et résultats*, Drees, n° 553, février 2007, 4 p.

Groupes de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Nouvelles demandes de l'usager.

Compte-rendu du Groupe focus – Organisation de l'offre de soins et évolutions des prises en charge.

Compte-rendu du Groupe focus – Facteurs médico-économiques.

Compte-rendu du Groupe focus – Organisation interne et management.

Compte-rendu du Groupe focus – Système d'information et gestion des flux.

7. Évolution de l'organisation interne et du management

7a. La mise en œuvre des dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005 conduit les établissements de santé à mettre en place une nouvelle organisation interne (la « nouvelle gouvernance ») : nouvelle organisation des instances, mise en place de pôles d'activité et contractualisation interne

Contexte – problématique

La réforme de la gouvernance prévoit une nouvelle organisation des instances de décisions et crée des rapports nouveaux entre le conseil d'administration et le conseil exécutif, véritable instance décisionnaire, lui-même composé de médecins et de membres de l'équipe de direction. Les autres instances : commission médicale d'établissement et comité technique d'établissement, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques… doivent trouver leur place dans cette nouvelle organisation.

Par ailleurs, la structuration interne par pôles d'activité clinique et médico-technique, définis conformément au projet médical de l'établissement, s'inscrit dans une logique de délégation de gestion et de rapprochement de la décision au plus près du terrain. Un conseil de pôle associe les personnels à la gestion et élabore les orientations et les projets du pôle. La finalité de l'organisation polaire est de recentrer l'activité des établissements et des personnels sur la production et l'évaluation des soins et plus largement des prises en charge.

Dans ce cadre, la contractualisation interne définit des objectifs d'activité et des moyens négociés entre le conseil exécutif et le pôle. Cette nouvelle organisation se met en place dans un contexte d'implication accentuée des patients (2a, b, c), de réorganisation du paysage hospitalier (3a, b), d'évolution des pratiques de soins (4a, b, d), de développement technologique (5a, b, d) et d'optimisation des moyens (5a, b).

Risques – Enjeux

- Question de l'arbitrage et du pilotage administratif/médical.
- Question de la place des personnels paramédicaux dans le pilotage.
- Pertinence de l'organisation en pôle pour les petits établissements.
- Degré d'autonomie donné au pôle en termes de gestion.
- Lisibilité pour les différents acteurs, des politiques d'établissement.

Objectifs de la « nouvelle gouvernance »

La nouvelle gouvernance a pour objectif de mieux prendre en compte la diversité des centres de pouvoir et de développer les stratégies de participation.

Les établissements de santé (autres que les hôpitaux locaux) doivent mettre en place, d'ici le 1er janvier 2007, une nouvelle organisation interne en disposition de l'ordonnance du 2 mai 2005 et de ses décrets d'application.

Trois grands axes peuvent être distingués :
– la nouvelle organisation des instances : conseil d'administration, conseil exécutif composé de médecins et de l'équipe de direction, commission médicale d'établissement et comité technique d'établissement, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
– la nouvelle organisation interne par pôles d'activité clinique et médico-technique, définis conformément au projet médical de l'établissement, dans une logique de déconcentration de la gestion ; un conseil de pôle associe les personnels et élabore des orientations et projets au niveau du pôle ;
– la contractualisation interne définit des objectifs d'activité et des moyens négociés entre la CME et le pôle [D09].

Le manque de lisibilité des réformes

Les cadres de santé rencontrent des difficultés dans l'appréhension de leur rôle dans ce nouveau mode d'organisation. En effet, des modifications se font jour dans la répartition des activités entre les médecins, les gestionnaires et eux-mêmes. Apparaît ici un lien de causalité entre modes de management, pratiques de soins et répartition des rôles entre professionnels [Groupe de travail].

Impacts sur les établissements (organisation)

Nécessité de mieux intégrer les paramédicaux dans les réformes

Les directeurs de soins ne sont pas toujours dans les comités exécutifs des établissements. Il y a d'ailleurs un paradoxe dans les textes : ils affirment une volonté de recentrer l'activité des établissements sur la production de soins et pourtant, les paramédicaux sont peu présents dans la nouvelle gouvernance. Ça n'aide pas la direction des soins à manager les changements, alors que, concrètement, ce sont eux qui les portent [Groupe de travail].

On constate que si les cadres supérieurs comprennent la nécessité d'un plan de rigueur, ils le sont moins sur la méthode employée et sont demandeurs d'information voire de participation au processus de décision du plan de rigueur (par exemple proposition de réduire les « sur prescriptions » en examens biologiques, etc.).

L'autre difficulté tient au rôle des directeurs d'établissements et de pôle qui s'expriment peu dans les réunions de pilotage en raison probablement de leur rôle hiérarchique ou en tout cas de la représentation qu'ils en ont. Les principaux enseignements à tirer des premières expériences de la nouvelle gouvernance sont qu'il faut promouvoir la responsabilité et l'autonomie des équipes sur la base d'une véritable contractualisation donnant plus de latitude et de marges de manœuvre aux pôles (engagement sur les objectifs et les moyens) avec bien évidemment en contre-pointe, des systèmes de contrôles et de *reporting* réguliers [Groupe de travail].

Besoin d'une modernisation du management dans les institutions de référence

Le ministère a un comportement très hiérarchique, tout comme les ARH et les DDASS. L'exemple de la notation des cadres de direction est significatif à cet égard alors que l'évaluation (en termes d'objectifs et de résultats) devrait prévaloir. Au final, on demande aux directeurs d'établissement d'être des « supermanagers » à l'américaine, mais les institutions tutélaires se comportent de façon extrêmement rigide. Il faut donc que la nouvelle gouvernance soit appliquée aussi au ministère et à ses services déconcentrés. Par ailleurs, les managers dans les structures de soins ont besoin d'un cadre de référence stable, alors que celui-ci change régulièrement… [Groupe de travail].

Une logique de pôle pas toujours respectée

Une réorganisation en pôles médicaux est en cours. Celle-ci prend des formes différentes selon les établissements ou les services. Dans certains cas, elle se fait de façon cohérente, autour d'un groupe de pathologies. Mais dans d'autres cas, elle se fait de façon hétérogène [Groupe de travail].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

L'obstacle du manque de visibilité sur le contenu potentiel des métiers de demain

La délégation de gestion va modifier le pilotage des établissements. Les missions des services fonctionnels vont changer. Ces changements à venir produisent une certaine crainte de la part du personnel administratif et des directeurs adjoints, car ils ne perçoivent pas bien le métier qu'ils devront exercer demain. Ils comprennent cependant que l'exercice de leur métier va requérir plus de contrôle, plus d'expertise, mais ils ne voient pas à quel travail concret cela renvoie [Groupe de travail].

Les professionnels compensent le manque d'efficacité

La T2A a montré les limites de nos organisations qui s'avèrent au final peu performantes. Jusqu'à présent, c'est le surinvestissement professionnel qui a permis au système de se maintenir (on en paie le prix aujourd'hui) [Groupe de travail].

Penser la GRH en termes de fonctions et de métier plutôt que de postes et de grades

On a tendance à changer de modèle sans penser le contenu de la transformation qu'il y a derrière. C'est parce qu'on pense de manière sectorisée par statut,

par direction, et non pas par grande fonction et par métier. Quand on réfléchit à positionner les personnels par fonction et par métier et non par origine professionnelle, le système devient beaucoup plus cohérent, beaucoup plus lisible. Il faut donc bien distinguer dans les approches que l'on peut faire sur l'organisation interne et le management, d'une part le grade et d'autre part la fonction exercée [Groupe de travail].

Des « sauts » de compétence à prendre en charge

« Les réformes qui sont mises en œuvre à la suite du Plan « Hôpital 2007 » et notamment la dimension « nouvelle gouvernance » bouleverse en profondeur la culture managériale des dirigeants hospitaliers. Cela nécessite d'ailleurs des « sauts » de compétence à réaliser pour tout un ensemble d'acteurs hospitaliers :
– les chefs de pôles, peu ou pas du tout formés au management ;
– les cadres de santé, un peu plus préparés, mais pas toujours sur les bonnes disciplines (management, contrôle de gestion, gestion de projet, accompagnement du changement…). Les écoles de cadres, telles qu'elles sont organisées aujourd'hui, ne sont pas en mesure de répondre pleinement aux enjeux managériaux qui se profilent à court terme ;
– les administratifs qui eux doivent apprendre à travailler en équipe, notamment avec les personnels médicaux et soignants, mais aussi à gérer des outils de pilotage et de suivi.

« Dans le même temps, le « sommet stratégique » des établissements a besoin d'être soutenu ; les chefs de pôles par exemple disent clairement qu'ils n'ont pas les compétences requises pour exercer leurs activités » [Propos d'expert].

Interactions avec les autres facteurs

2a ; 4b ; 4d ; 9b ; 8d ; 8e.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
*		

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Sources

Documents

D009 ANDRÉ Jean, DECOUVELAERE Martine et PLONQUET Frédérique (2006), « Innovations pour les usages d'un hôpital de demain. Les nouvelles organisations et la conception des plateaux techniques de demain », Forum de l'Hôpital public, mai 2006.

D046 MOLINIÉ Éric (Rapporteur) (2005), L'hôpital public en France : bilan et perspectives, Paris, Avis et rapports du Conseil économique et social, Les éditions des journaux officiels, 263 p.

D058 DHOS (2006), *Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière*, DHOS, juillet 2006, 99 p.

D061 COUANAU René (2003), *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, Assemblée nationale, n° 714, mars 2003, 81 p.

D133 CRÉMIEUX François (2007), « L'hôpital en mouvement », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 6-13.

Groupes de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Organisation interne et management.

Compte-rendu du Groupe focus – Système d'information et gestion des flux.

7b. La fonction managériale, élément clé pour la mutation et l'avenir des établissements

Contexte – problématique

Les évolutions de l'organisation, des institutions, et des pratiques de soins vont modifier considérablement la fonction managériale à l'hôpital. Les lieux de décision, et d'organisation vont devoir à la fois se rapprocher des patients et des personnels mais aussi tenir compte d'un environnement mouvant (développement des réseaux, dimension régionale pour certaines pathologies, approche territorialisée…). La qualité de la réponse aux multiples évolutions présentes et futures semble de plus en plus dépendante de la capacité des managers (en particulier au niveau des équipes de direction) à mettre en place les interfaces, les process, les organisations, mais aussi et surtout à piloter et à donner du sens au changement.

Risques – Enjeux

- Perte d'attractivité pour l'hôpital public (patients, personnels).
- Recherche d'efficience tout en maintenant un intérêt au travail.
- Politique d'encadrement et de communication dans les établissements.

Manques de moyens et de temps des cadres managériaux

Les cadres paramédicaux sont en première ligne et doivent faire face à une pénurie de personnel croissante et à la gestion des 35 heures. Le problème le plus criant demeure le management humain, direct dans la mesure où il faut à la fois assurer un service permanent et de qualité tout en faisant en sorte que le personnel vive bien sa pratique professionnelle au sein de l'équipe, concilie vie familiale et vie professionnelle, etc. [Groupe de travail].

« Dans les audits que nous réalisons, nous pointons des difficultés précises et concrètes, mais le plus souvent, les managers manquent de temps et de moyens pour les régler. Avec la surcharge de travail, les réformes successives et les problèmes démographiques, l'équipe de direction a du mal à anticiper, à se projeter. Cela se voit dans les priorités données aux recrutements : entre un soignant et un gestionnaire de projet ou un contrôleur de gestion, elle choisira plutôt un soignant, parce que ce recrutement-là, a une plus grande lisibilité interne. Les directions hospitalières sont aujourd'hui obnubilées par les problèmes de sous-effectifs soignants, de renouvellement des départs à la retraite, les bouclages de budget… Dès lors, le management n'est pas prioritaire, l'accompagnement des changements, l'anticipation, sont le plus souvent relégués au second plan, faute de temps à y consacrer » [Propos d'expert].

Évolutions de la fonction managériale

De nombreux changements se produisent dans les fonctions managériales. Par le passé, le directeur d'établissement devait être omni compétent, à la fois gestionnaire, DRH, financier, etc. Du fait des très nombreux départs à la retraite dans les dix prochaines années (1 000 postes de directeur non remplacés), les nouveaux entrants vont être réorientés vers des fonctions plus stratégiques. Le parcours du sortant de l'ENSP avant d'occuper le poste de directeur va probablement se raccourcir.

La même tendance concernera les directeurs de soins, qui iront vers des fonctions d'élaboration de politiques stratégiques.

Dans le même temps, les fonctions plus techniques seront assurées par des cadres intermédiaires. Ces cadres, de fait, disposent d'un niveau de formation de plus en plus élevé (bac + 3, 4, DESS…), ce qui permet de repenser ces métiers dans le sens d'un renforcement des responsabilités, qu'ils revendiquent d'ailleurs. Ayant un niveau de diplôme plus élevé que ce qui est attendu sur le poste, ils attendent en conséquence, un contenu de travail à la hauteur de leur diplôme.

« Le métier de responsable de pôle se caractérise par la médicalisation des postes de direction ; les personnels médicaux concernés ont des attentes importantes en formation, notamment sur des compétences de gestion de projet et de contrôle de gestion. La formation médicale à l'heure actuelle ne donne pas ces compétences aux futurs médecins. Mais attention aux effets pervers de formations trop orientées sur la gestion, comme ça a été le cas en Grande-Bretagne. L'équilibre est à trouver entre la médicalisation de la gestion et la gestion médicalisée » [Propos d'expert].

« L'encadrement de proximité évolue vers la notion de management d'équipe, garant de la qualité de la production. L'expertise et la dimension politique sont plutôt du ressort de l'encadrement supérieur » [Propos d'expert].

« Les métiers de direction vont subir une forte évolution dans les 5 ans qui viennent. Et faire apparaître de forts besoins en compétences de management et de conduite du changement » [Propos d'expert].

« Les fonctions de gestion et surtout de rationalisation des procédures ne sont pas nombreuses ou toujours présentes dans l'hôpital. Il y a une vraie lacune dans les fonctions de coordination, d'organisation (du travail, de la prise en charge) et de pilotage » [Propos d'expert].

« Le management a, entre autres, pour but de conduire des équipes à atteindre des objectifs qui s'inscrivent dans une politique de soins dans laquelle sont incorporés des aspects techniques, technologiques, pratiques, scientifiques, éthiques et déontologiques, en lien avec les spécificités professionnelles. Cette perspective suggère que les manageurs aient des compétences, notamment, pour définir des objectifs professionnels et d'animation d'équipe. Autrement dit, l'exercice de leurs missions suppose d'avoir une bonne connaissance du contenu des soins dans ses aspects contextuels et prospectifs et ne se limite pas aux aspects relatifs à la gestion humaine et matérielle » [Association professionnelle].

Le cadre soignant évolue dans deux directions :
– le gestionnaire, animateur d'équipe, garant de la qualité des soins) ;
– l'expertise pas seulement clinicienne (gestion des risques, qualité, animation de réseau, coopération médicosociale) [Propos d'expert].

En termes de management, les questions d'organisation les plus sensibles sont :
– les temps de chevauchement des équipes dans les services de soins, qui déterminent en grande partie la transmission des informations sur les patients ;
– la coordination entre professionnels de santé dans les endroits où le travail en commun est indispensable (bloc opératoire, etc.) ;
– les amplitudes d'ouverture de certaines consultations ou certains services ;
– l'organisation des pools de remplacement [Groupe de travail].

« […] les cadres s'éloignent de leurs fonctions soignantes, et endossent de plus en plus souvent des responsabilités de type administratif et économique, relayant les contraintes budgétaires des établissements. On peut en effet faire l'hypothèse que le développement de la contractualisation et de l'objectif de maîtrise des coûts accroisse le poids des responsabilités gestionnaires par rapport aux responsabilités thérapeutiques (rôle croissant des cadres de direction, émergence de la figure de « chef de pôle », renforcement des objectifs gestionnaires imposés à l'encadrement médical) » [D131, p. 12].

Impacts sur les établissements (organisation)

Place des soignants dans la gestion du pôle

Au niveau des pôles, le « triumvirat » contrôleur de gestion/DIM/DAF est intéressant en ce qu'il permet de croiser les différentes compétences utiles au suivi de l'activité et des coûts. Mais l'absence ou l'insuffisance des effectifs de cadres administratifs dans la plupart des établissements est criante. Le repositionnement de l'encadrement administratif dans les pôles ne s'est pas encore totalement fait. Dès lors, cela renvoie à la place et au rôle de l'encadrement paramédical longtemps positionné comme cadres de proximité sur leur métier (infirmière surveillante) et qui peu à peu s'oriente vers un encadrement plus généraliste. Dès lors, la question

aujourd'hui, pour les pôles est la suivante : les cadres soignants vont-ils peu à peu orienter leur activité vers des taches administratives ? [Groupe de travail].

Le cadre administratif du pôle est un nouveau métier même si on ne sait pas encore précisément quel contenu il a, notamment en fonction de la taille et du type d'établissement. En formant les cadres administratifs nouvellement recrutés dans les pôles (management, contrôle de gestion, suivi d'activité…), on crée aussi un malaise pour les cadres des directions fonctionnelles traditionnelles. En effet, ils peuvent avoir le sentiment d'être « décrochés », informés des évolutions, mais pas véritablement formés aux nouvelles pratiques [Groupe de travail].

Un enjeu spécifique pour les petits établissements

« De façon générale, la question de la conduite ou du pilotage de projet (ou du changement) est difficile pour les centres hospitaliers les plus petits ou les hôpitaux locaux. Peut-on partager les compétences et comment mutualiser ? (exemple directeurs des systèmes d'information, qualiticiens, contrôleurs de gestion, responsables bio médicaux… » [Propos d'expert].

Au niveau de l'encadrement, clarifier la répartition tâches administratives/ médicales

« Les médecins DIM devraient faire 50 % de tâches administratives et 50 % de tâches médicales. Dans les faits, ils sont noyés dans l'administratif ; cela peut nuire à la qualité des services et du management, car ils se coupent du terrain, alors qu'ils sont censés faire remonter de l'information » [Propos d'expert].

Avec les nouveaux modes de management, la coopération médico-administrative devient déterminante. C'est un terrain nouveau d'apprentissage pour lequel on dispose de peu de repères (il n'y a pas de guide sur le partenariat) [Groupe de travail].

Sur les grandes structures, type CHU, le copilotage médico-administratif est indispensable. Mais pour que les pôles fonctionnent bien, la qualité du management est indispensable. Sur les postes de responsables dans les pôles, la logique voudrait que les meilleurs y soient positionnés (responsables médicaux, paramédicaux, administratifs) et qu'une délégation importante leur soit donnée. Par exemple au CHU de Toulouse, et au terme d'une année de discussion et d'échanges, la gestion de 90 % des personnels a été déléguée aux pôles.

Par ailleurs, et pour que les réformes se mettent en place, il ne faut pas hésiter à innover, adapter, ajuster au cas par cas et en fonction des situations locales. En effet les textes ne doivent pas être des carcans, mais bien des incitateurs à l'action. En étant bien conscient malgré tout du paradoxe assez courant où les professionnels demandent d'un côté aux autorités de ne pas produire des textes qui limitent l'autonomie ; mais ces mêmes professionnels une fois revenus sur le terrain, et confrontés à des situations particulières demandent plus de réglementation… [Groupe de travail].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Vers un développement des postes de cadres transversaux ?

« En termes de management, quelques établissements mettent en place des cadres transversaux, sur la formation, la manutention, l'hygiène, la qualité…

La tendance observée aujourd'hui dans certains établissements est d'avoir des cadres de pôles en situation de management d'équipe et des cadres de proximité sur des fonctions transversales. Les médecins vont être très impactés par ces évolutions, car ils ne sont pas formés à travailler avec des fonctions transversales, et des équipes de cadres » [Propos d'expert].

Essor des métiers d'acheteurs et de contrôleurs de gestion

« Des métiers de contrôleurs de gestion et d'acheteurs vont se développer, ils manquent aujourd'hui dans les organigrammes. Ces métiers seront vraisemblablement mutualisés entre établissements » [Propos d'expert].

Besoins de conforter la fonction managériale

« Les établissements ont besoin de vrais managers, c'est-à-dire de managers ayant un véritable pouvoir d'action et de décision (directeurs d'établissement notamment) et de managers sachant expliquer aux personnels le sens des réformes et des changements en cours. Il existe des besoins très importants en formation de management, mais aussi en techniques GRH, négociation… » [Propos d'expert].

« Par ailleurs, les cadres de santé sont aujourd'hui obnubilés par le quotidien (les congés, les remplacements, à concilier avec le service continu). Ils n'ont donc pas de temps pour manager. Toutes les réformes actuelles sur le management représentent pour eux un véritable choc culturel dont on ne mesure pas la portée » [Propos d'expert].

« Les cadres infirmiers doivent affronter un paradoxe : leur métier est moins défini que les métiers qu'ils encadrent (infirmier et aide-soignant). Beaucoup soulignent le flou qui entoure leur fonction – s'en félicitant pour la liberté qu'il leur laisse ou le déplorant pour le manque de reconnaissance qu'il implique » [D131, p. 44].

« Des compétences, longtemps délaissées par le passé, sont à développer en organisation du travail : ex. coordinateur bloc opératoire, gestionnaire de flux » [Propos d'expert].

Clarifier les évolutions attendues pour les personnels paramédicaux, médico-techniques et techniques

Dans le management, l'évolution de ce qui est attendu de la direction, des médecins apparaît assez clairement. Par contre, la visibilité est moins grande sur les autres métiers : encadrement des personnels paramédicaux et médico-techniques, des personnels techniques ou logistiques, des personnels administratifs, etc. [Groupe de travail].

« Sur un plan technique, les techniciens supérieurs (bac + 2, voire au-delà) se positionnent sur toutes les dimensions de la maintenance (biomédicale, climatique, électrique…) en exploitation et de plus en plus en « assistant ingénieur » Attention également à bien anticiper les évolutions du domaine technique, car il peut y avoir des blocages technologiques (passage au numérique par exemple). Un fort besoin de formation à l'anglais et au management pour les TSH encadrant apparaît » [Propos d'expert].

Interactions avec les autres facteurs

4d ; 6 ; 8b ; 8c ; 8d ; 10a.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
*		

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Sources

Documents

D050 Interview de Xavier Bertrand, Ministre de la santé et des solidarités *in Le nouvel hospitalier*, n° 78, juin-juillet 2006, pp. 2-5.

D133 Crémieux François (2007), « L'hôpital en mouvement », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 6-13.

D134 d'Halluin Jean-Pierre, Maury François, Petit Jean-Claude, De Singly Chantal (2007), « Pouvoirs et organisations à l'hôpital », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 14-31.

D144 Dumond Jean-Paul (2003), « Les conflits de pouvoir à l'hôpital », *Sève*, n° 1, Hiver, pp. 71-81.

Groupe de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Organisation interne et management.

7c. Un rapport au travail et à l'institution des professionnels qui change, et qui conduit à une mobilité accrue et à une attractivité différenciée des établissements et des services

Contexte – problématique

Les notions d'attractivité sont très différenciées selon que l'on parle, des établissements (influence de la taille et des facteurs géographiques) ou des spécialités (image de la discipline auprès des jeunes ou des professionnels, par ex. gérontologie, psychiatrie). Les attentes des jeunes par rapport au travail

changent également, comme la relation qu'ils entretiennent avec le patient, les actes professionnels (au-delà de la question de la féminisation), l'institution.

De même, le rapport que le personnel entretient avec son établissement se modifie. Les personnels, notamment ceux qui sont en situation de force sur le marché du travail (métiers qui sont en tension ou en pénuries) sont de plus en plus exigeants en termes d'affectation, d'évolutions de poste ou de carrière, d'organisation et de conditions de travail. Les questions d'appartenance semblent se réduire au profil d'une demande accrue de gestion personnalisée et individualisée. La recherche d'efficience pour les managers pourra se heurter à la volonté des personnels de travailler à son rythme et selon son choix. Enfin, la représentation qu'ont les jeunes entrants des métiers, en particulier des métiers soignants, semble en fort décalage avec les réalités de terrain et peut créer des malaises durables.

Par ailleurs, l'usure au travail (physique, psychologique) est un risque réel sur certains métiers (ex : aide-soignant) ou certains secteurs d'activité (gériatrie, urgences, psychiatrie…) Ce phénomène va s'aggraver notamment en raison de l'allongement de la durée d'activité des professionnels.

Risques – Enjeux

- Transparence du management (du processus de décision, des arbitrages) lisibilité de la politique de l'établissement.
- Attractivité de régions, d'établissements et de spécialités.
- Positionnement de l'encadrement de proximité.

Conflits de génération et rapport au travail différents selon les âges

On constate un refus croissant de la part des jeunes professionnels de s'impliquer pleinement dans leur travail, et plus largement une incapacité à se réaliser dans le cadre professionnel. Ainsi, la coexistence de deux générations de professionnels de soins (jeunes diplômés d'un côté, personnel en fin de carrière de l'autre, sans groupes intermédiaires) pourra à terme créer, au niveau des pratiques, un conflit d'approches ou de centres d'intérêt, se traduisant concrètement par des problèmes de transmission des expériences, voire des fractures dans les collectifs de travail, avec une perte de la dimension collective du travail (moindre encadrement des jeunes par les plus expérimentés et rapport des jeunes au travail différent de celui que peuvent avoir les plus expérimentés). Face à ce problème lié à la pyramide des âges des professionnels, l'encadrement de proximité peut apporter des solutions, en se posant comme intermédiaire entre ces générations. Cela n'est toutefois possible que si les cadres se recentrent sur les pratiques de soins [Groupe de travail].

Pour la plupart des soignants d'une certaine génération (au-delà de 35-40 ans), le soin reste une vocation, l'identité professionnelle est forte, l'attachement à l'hôpital demeure malgré la lassitude [Groupe de travail].

La vision du parcours professionnel se transforme, être soignant n'est plus une vocation mais un métier, presque « comme un autre ».

« Des professionnels de bon niveau (médecin, infirmier, manipulateur) intègrent que le système de soins évolue : la relation au patient change (choisir ses patients) ; la mobilité augmente (au bout de 3 ans, pas de problème pour changer de service ou d'institution) d'autant que les services très spécialisés (dans le traitement contre

le cancer par exemple) sont de haut niveau et développent des compétences transférables » [Propos d'expert].

Le sentiment de désillusion et de moindre motivation des jeunes infirmiers apparaît très rapidement après la sortie de l'école. Ils passent de l'enthousiasme à la déception en quelques mois, du fait de l'écart entre la formation et la réalité professionnelle (horaires, gardes, *week-end* ou jours fériés, charges de travail, etc.). Ils semblent ne pas pouvoir ou vouloir affronter ces conditions de vie au travail, et dès lors rendent leur management plus problématique à l'encadrement (gestion du turnover, de l'absentéisme…) [Groupe de travail].

Une démotivation des salariés à relativiser ?

Il faut admettre que l'hôpital public est « une grosse machine à démotiver ». Comment attirer les talents et surtout les fidéliser ? Sur certains métiers « transversaux » les recrutements sont très difficiles en raison notamment de la concurrence d'autres secteurs d'activité (métiers du contrôle de gestion, des systèmes d'information par exemple) [Groupe de travail].

« L'idée que les infirmières abandonnent massivement leur métier au bout de quelques années paraît aujourd'hui erronée » (p. 32). D'après une étude de la CNRACL, les infirmiers prennent leur retraite à 55 ans en moyenne ; la durée moyenne de cotisation est de 28 ans pour les infirmiers diplômés d'État, 33 ans pour les cadres, 30 ans pour les IADE et puéricultrices, 32 ans pour les IBODE [D27].

Depuis la fin des années 1980, on entend parler de pénurie, de souffrance, de difficultés. Les étudiants en formation sont conditionnés par ce discours sur la souffrance. Pourtant, des changements importants en termes de conditions et d'organisation du travail sont intervenus dans cette période (réduction du temps de travail, nouveaux équipements, augmentations sensibles des effectifs…). Ça veut dire que, sans nier la souffrance au travail, il faut refuser d'amplifier et déformer ce discours négatif sur le travail à l'hôpital, car il est contre-productif. En effet, non seulement il démotive les professionnels, mais aussi, et surtout il décourage les jeunes de s'orienter vers les métiers de soins [Groupe de travail].

Le problème spécifique de la pénibilité du travail et de la gestion de la sécurité des salariés

« Le maintien dans l'emploi des salariés âgés, handicapés ou victimes de travaux pénibles passe par une réflexion sur la prévention et l'aptitude des postes de travail à sauvegarder la santé ainsi que la sécurité des salariés » [Association professionnelle].

Situation spécifique de la psychiatrie et des EPHAD

Le domaine de la psychiatrie est confronté plus que d'autres secteurs, à l'usure et à l'adaptation des infirmières à la discipline spécifiques de la psychiatrie [Groupe de travail].

« La motivation des personnels soignants des EPHAD diffère de celles des établissements traditionnels. Dans les EPHAD, le choix des personnels pour ces établissements se fait parfois par défaut ou par proximité géographique. Il y a donc tout un travail de remotivation à faire au niveau des IFSI mais aussi de meilleure connaissance du fonctionnement de ces secteurs » [Propos d'expert].

La construction de parcours professionnels, un enjeu fort

« L'enjeu pour les personnes comme les institutions est de reconnaître et valider les compétences et les expertises détenues et ce afin de pouvoir évoluer, se professionnaliser et donc se former tout au long de la vie. La formation tout au long de la vie dans le cadre de la réforme LMD mais aussi des dispositifs VAE plus présents demain, implique le partage de compétences, l'existence de passerelles entre professions…, afin de pouvoir construire des parcours professionnels tout au long de la vie professionnelle » [Propos d'expert].

Attractivité et mobilité

« La mobilité géographique ou professionnelle augmente quand l'attractivité augmente » [Propos d'expert].

« Le secteur privé et le secteur public ne se coordonnent pas alors qu'ils sont sur le même marché du travail. L'un des enjeux pour les années qui viennent est moraliser la concurrence au recrutement, afin d'éviter les dérives préjudiciables à tout le monde » [Propos d'expert].

« L'apprentissage et la formation continue des personnels (cf. accord FHP) sont très importants et déterminent ce que sera la situation future des établissements. Ce sont des investissements pour l'avenir. Par ailleurs, il s'agit aussi de mieux organiser les conditions du transfert des personnels entre secteurs privé et public, avec notamment la question des indemnités qui sont parfois un frein à la mobilité entre les deux secteurs » [Propos d'expert].

Impacts sur les établissements (organisation)

Identifier les facteurs d'attractivité des établissements

Des études nord-américaines ont été réalisées sur les facteurs d'attractivité des établissements de santé (cf. « *magnet hospitals* » littéralement hôpitaux magnétiques). D'après ces études, les aspects les plus attractifs pour les professionnels sont dans l'ordre :
– l'autonomie dans le travail et la capacité à l'organiser soi-même ;
– les modes de management (donner du sens au travail, avoir des projets, associer les personnels à la décision…) ;
– une gestion de carrière personnalisée (en termes de formation, de mobilité professionnelle, d'organisation du temps de travail…) [Groupe de travail].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Métiers en évolution

« Des métiers évoluent :
- Préparateur pharmacie : effectue des tâches auparavant effectuées par des IDE (ex. cytostatiques préparés dorénavant en pharmacie centrale). Par ailleurs, le positionnement change du fait du développement du traitement à domicile des patients.
- IDE a beaucoup évolué, avec un exercice de plus en plus fréquent en milieu ouvert :
  – consultation infirmière ;

– hospitalisation à domicile : coordination et formation des infirmières libérales ;
– hospitalisation de jour ;
– développement du travail en réseau (idem pour les médecins) » [Propos d'expert].

Anticiper et encadrer les reconversions professionnelles rendues nécessaires par l'usure au travail

La question posée est celle de la pénibilité du travail et l'usure physique et mentale. Cette question des conditions de travail renvoie aussi aux relations intergénérationnelles :
– à cet égard les métiers des soins les plus sensibles en termes de conditions de travail sont les aides-soignants, les infirmiers, les manipulateurs radio mais aussi les chirurgiens ;
– nécessité de mettre en chantier des actions de reconversion et de meilleure gestion des invalidités professionnelles ;
– besoin de créer des points d'alerte, des indicateurs de suivi, le tout sur la base d'accords collectifs avec les représentants du personnel.

« Le T2A pose aussi le problème de l'évolution des métiers médicaux, dans la mesure où il sera plus difficile de reconvertir les médecins à partir de 50 ans » [Propos d'expert].

La formation continue, solution au burn out ?

La formation tout au long de la vie peut être parfois une solution possible au « *burn out* » généralisé, même si celui-ci semble intervenir de plus en plus en tôt. L'exemple est donné d'un établissement ou un nouveau métier d'équipier de sécurité s'est développé depuis 2001. Les personnels recrutés à cette occasion demandent déjà, quatre années après la mise en place de l'équipe, un reclassement ou une reconversion professionnelle. On constate ainsi qu'on ne fait plus carrière dans un seul métier ou une seule fonction. Proposer deux ou trois métiers à une personne dans une carrière professionnelle peut parfois être une solution [Groupe de travail].

L'épuisement et la démotivation gagnent même les personnels les plus anciens et les plus motivés. Il semble que l'on ne puisse plus exercer un métier identique pendant toute une carrière, notamment dans certains secteurs (personnes âgées, logistiques…). La formation devient alors une possibilité d'échapper à cette ambiance négative, ce *burn out*, et de rebondir professionnellement [Groupe de travail].

Le *burn out* existe, mais la formation ne peut pas toujours y répondre et d'ailleurs est-ce bien sa fonction ? Gérer ce phénomène par la formation peut d'ailleurs être parfois contre-productif, en risquant d'amplifier le *burn out* » [Propos d'expert].

Définir des moyens de re-motiver le personnel

Pour retrouver la motivation, les équipes ont besoin de se référer à quelques règles simples mais fédératrices :
– transparence (du discours, du processus de décision, des arbitrages) ;
– définition de règles du jeu claires et intangibles (financières, médicales, etc.) ;
– lisibilité de l'action (avoir un projet, un calendrier, un plan d'action…) [Groupe de travail].

Des difficultés à concilier besoin de polyvalence et de spécialisation

Apparaît très fortement et dans la plupart des secteurs d'activité, une contradiction entre les demandes de spécialisation (renforcer ses compétences dans un domaine) et de polyvalence ou polycompétence (élargir son périmètre d'intervention). Les textes et plus globalement l'esprit des réformes engagées orientent les professionnels vers une spécialisation accrue, notamment sur les techniques et les pratiques médicales ; parallèlement, ils demandent une certaine polyvalence du personnel. C'est un paradoxe, tout particulièrement pour les cadres [Groupe de travail].

Gérer l'absentéisme croissant

Une réflexion s'impose sur les causes possibles de l'absentéisme croissant. Elles sont sans doute diverses et peuvent être liées aux modes d'organisation du travail, aux façons de fonctionner ensemble, aux modes de management… Un exemple est donné d'un directeur d'EPHAD en Midi-Pyrénées, qui a rénové ses bâtiments et qui a, à cette occasion, fait participer le personnel à l'élaboration du projet, mais aussi au suivi de la construction. Les salariés ont ensuite pu voir leurs idées concrétisées sur le terrain. Une forte baisse de l'absentéisme a ensuite été constatée [Groupe de travail].

Le fort renouvellement des effectifs va sans doute provoquer des changements de cultures d'appartenance et aura peut-être un impact sur le niveau d'absentéisme. Les jeunes générations fonctionnent parfois de manière très différente de leurs aînés (besoins d'une gestion plus individualisée, envie de mobilité, géographique et professionnelle…) [Groupe de travail].

Concilier transferts de compétence et efficience

« Dans la nouvelle gouvernance, il y a en pratique une rotation plus forte des personnels entre différents services. Ce phénomène casse certes la routine pour le personnel, mais ses effets positifs sur la qualité des services, notamment sur la transmission des informations, sur l'implication dans le travail, sont loin d'être certains. D'autant que nous manquons toujours de données objectives pour mesurer la qualité et surtout l'efficience du service rendu, et plus encore, son évolution dans le temps » [Propos d'expert].

Interactions avec les autres facteurs

4b ; 4c ; 4d ; 7a ; 9a ; 9b.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
	**	

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Sources

Documents

D001 Commissariat général au plan (2005), *Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004*, CGP, mai 2005, 52 p.

D006 Berland Yvon (2003), *Rapport d'étape de la mission « Coopération de professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes, octobre 2003, 57 p.

D027 Ondps (2005), *Synthèse générale Rapport 2004*, Ondps, 60 p.

D131 Jounin Nicolas et Wolff Loup (2006), *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*, Cee, Rapport de recherche n° 32, septembre 2006, 130 p.

D132 Chevandier Christian (1997), *Les métiers de l'hôpital*, Paris, Éditions La Découverte, 123 p.

Groupes de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Organisation de l'offre de soins et évolutions des prises en charge.

Compte-rendu du Groupe focus – Évolution des pratiques de soins.

Compte-rendu du Groupe focus – Organisation interne et management.

8. Évolution des systèmes d'information et de gestion des flux

8a. Vers des SI adaptés à des organisations intégrées

Contexte – problématique

Le déploiement actuel du système d'information dans toutes les fonctions et services des établissements nécessite d'avoir un système d'information beaucoup plus global, décloisonné. L'information saisie, traitée devient considérable, ce qui nécessite d'ailleurs des modalités nouvelles de gestion des accès, de stockage, d'archivage et de sécurisation des données.

Le développement des télécommunications (Intranet, Extranet, mais aussi la téléphonie ou la télévision via le réseau informatique) amplifie le phénomène.

Outre la révision de la manière de travailler des services utilisateurs du système d'information, le système d'information qui se déploie conduit également à une réorganisation des services informatiques comme de tous les services supports (gestion, maintenance…).

Risques – Enjeux

- Interfaçage des systèmes d'information au sein et hors établissement.
- Mise en cohérence des investissements matériels avec les besoins des professionnels mais aussi avec la capacité des services utilisateurs à intégrer les nouveaux systèmes proposés (capacité de réorganisation, de formation).
- Capacité des fournisseurs (matériels/logiciels ou système) à répondre aux besoins.
- Arbitrage entre internalisation et externalisation (pour le développement, la maintenance).
- Maintenance des systèmes d'information.

Impacts sur les établissements (organisation)

Limites des systèmes intégrés

Il y a des freins réels au développement des SI intégrés dans le secteur des hôpitaux publics, en particulier l'ampleur du travail à faire pour paramétrer et adapter un système intégré, qui par excellence est généraliste, alors que les systèmes développés sont souvent très spécifiques et dédiés [Groupe de travail].

Les systèmes intégrés les plus performants ne peuvent pas tout faire, comme par exemple gérer le dossier patient. Ils peuvent toutefois aider à diminuer le nombre de logiciels mobilisés, ce qui est déjà énorme. Système intégré ou non, l'hôpital devra toujours conserver et développer des compétences internes en matière de paramétrage des solutions fonctionnelles proposées par les éditeurs [Groupe de travail].

Les SI médico-techniques et logistiques sont réalisés par des outils dédiés. Cela prouve que les systèmes dédiés à interface avec le dossier patient peuvent bien fonctionner [Groupe de travail].

Les nouvelles pratiques de gestion de l'information (DMP, codification des actes, tableau de bord de pilotage) engendrent des besoins de compétences nouvelles qui ne sont pas toujours acquises par le personnel.

Et comme les évolutions sur ce plan sont rapides, un gros travail de mise à niveau s'avère nécessaire. Dans beaucoup d'établissements, le retard est énorme (sur le *wifi*, les informations sur le lit des malades, etc.).

Orientation vers une organisation intégrée plutôt que des systèmes intégrés

Du côté éditeur, on n'a pas les moyens de mettre les compétences sur des logiciels intégrés dédiés à l'hôpital. La tendance est donc plus de s'orienter vers des briques fonctionnelles performantes et adaptées que vers du « tout intégré ». Au niveau de l'hôpital, l'évolution des métiers autour de l'information va aller vers des capacités à maîtriser l'interconnexion et l'interfaçage des différents systèmes par le biais de préconisations dans l'Assistance à maîtrise d'ouvrage interne envers la maîtrise d'œuvre externe des SI [Groupe de travail].

Autrement dit, pour l'hôpital, l'important c'est d'avoir une interface intégrée (les mêmes outils pour aller dans différents endroits) plutôt qu'un système intégré. Effectivement, dans les hôpitaux, on ne va pas vers du SAP mais vers une organisation intégrée maîtrisée par le service informatique de l'hôpital :
– développer en interne des compétences en maîtrise d'œuvre d'interfaçage ;
– définir les règles d'intégration du SI ;
– investir dans des outils d'EAI (outils d'administration et de développement d'interfaces) pour faciliter l'intégration des « briques fonctionnelles » [Groupe de travail].

L'intérêt de l'intégration, c'est quand l'intégré s'organise autour du patient. Mais un système intégré faisant tout (GRH, dossier patient, etc.) n'est pas intéressant [Groupe de travail].

Penser collectivement le problème du stockage et de l'échange d'images

En ce qui concerne l'imagerie, la numérisation est (quasiment) terminée mais actuellement se pose la question du stockage des images (et avec les nouveaux scanners, les besoins augmentent considérablement) et celle de la communication des images (en particulier de la sélection des images) [Propos d'expert].

Certains établissements se retrouvent avec un gisement conséquent d'informations numériques, qui ne sont pas classifiées, tout en sachant qu'il est demandé que ces informations soient encore accessibles dans 30 ans. Se pose donc le problème des évolutions technologiques : quelles informations garder, et sous quel format ? Il faut prévoir le partage des informations en réseau de soins, au niveau régional. Les connexions interétablissements sont coûteuses et pas assez puissantes pour l'instant [Groupe de travail].

Distinguer traçabilité et contrôle

La résistance vis-à-vis des progiciels uniques vient de la traçabilité perçue comme une possibilité de contrôle [Propos d'expert].

L'évolution technique, facteur de rapprochement des acteurs

L'évolution technologique induit un rapprochement de l'informatique, de la téléphonie et du biomédical. L'organisation de l'hôpital sera amenée à intégrer ces rapprochements technologiques et à réorganiser ou regrouper ces acteurs.

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Besoin d'organisation d'équipes de projets

Les systèmes intégrés et les progiciels achetés avec paramétrage, induisent la création d'équipe projet unissant des informaticiens et des fonctionnels utilisateurs.

Les domaines d'application sont les SI patient ; les SI RH ; les SI gestion finances ainsi que trois domaines transversaux (pilotage, intranet, infrastructures) [Propos d'expert].

Nécessité de familiariser l'ensemble du personnel avec les nouvelles compétences informatiques

Nous connaissons une phase où l'industrialisation du système d'information n'est pas encore arrivée, mais elle est en cours (exemple DMPI). De ce fait, les compétences en informatique chez les soignants dont une grande partie, à l'heure actuelle, ne maîtrisent pas ou mal l'outil informatique, doivent augmenter [Propos d'expert].

« L'hôpital sans papier » va faire évoluer tous les métiers y compris médicaux [Propos d'expert].

Interactions avec les autres facteurs

3b ; 4d.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
	**	***

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Sources

Document

D008b PINAUDEAU Didier (2005), « Interview de Raymond Carrier, Président de l'Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec », *Revue ITBM-RBM*, Juin juillet 2005, Vol. 26, n° 3-4, pp. 3-7.

D105 GROS Jeannette (2002), *Santé et nouvelles technologies de l'information*, Conseil économique et social, 147 p.

D120 JÉGOU Jean-Jacques (2005), *Rapport d'information sur l'informatisation dans le secteur de la santé*, Sénat, n° 62, novembre 2005, 65 p.

Groupe de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Système d'information et gestion des flux.

8b. Le développement d'une fonction logistique transversale comme outil de l'optimisation de la gestion de l'activité des soins

Contexte – problématique

La fonction logistique vise à assurer la coordination des flux et la maîtrise des stocks.

Il s'agit d'une fonction partagée par les filières ouvrière et technique, mais aussi soignante et médico-technique, qui peut devenir transversale lorsqu'elle concerne l'ensemble de flux, et notamment les flux de patients. À ce titre, la maîtrise des flux apparaît comme fondamentale pour optimiser la gestion de l'activité de soins.

Elle s'appuie sur un système d'information adapté.

Les établissements s'attachent notamment à optimiser le circuit des médicaments (développement de la distribution nominative), les flux de transports des patients, la gestion des rendez-vous et l'utilisation des plateaux techniques.

Risques – Enjeux

- Organisation et optimisation des flux (réduction des coûts et des délais).
- Sûreté de fonctionnement et fiabilité des flux.
- Collaboration logistique/informatique/services de soins.
- Internalisation/externalisation.

Apports de la fonction logistique

Une bonne logistique est une logistique transparente, qu'on ne voit pas parce qu'elle fonctionne très bien. La sûreté de fonctionnement accroît les obligations réglementaires sur ce plan (incendie, alimentaire, stérilisation, etc.). La sûreté de fonctionnement concerne aussi l'informatique (doubles disques miroir, etc.) [Groupe de travail].

La fonction logistique transversale fonctionne bien sur les flux de patients, avec :
– la gestion des rendez-vous : si on l'informatise, l'ensemble de l'organisation doit suivre, y compris les médecins ;
– les flux de médicaments : on s'oriente vers une distribution nominative. Mais le principal obstacle à ce type d'organisation est la disponibilité des personnels médicaux, principalement pour des réunions de préparation et de formation aux techniques de distribution [Groupe de travail].

Ces évolutions ont un impact sur la répartition du travail entre les unités de soins et la pharmacie, avec des problèmes de répartition de temps entre le travail de préparation des soignants et celui de la pharmacie. C'est le médecin qui saisit, se met à l'ordinateur, tandis que les préparations sont faites en pharmacie centrale. Cela recentre le rôle du médecin, autour de la prescription. Dans les établissements où cette organisation a pu être mise en œuvre, on constate une baisse très nette de la consommation. Lorsque ça fonctionne, ça permet de connaître précisément l'état des stocks [Groupe de travail].

Quelques établissements ont su mettre en place cette gestion, mais la plupart du temps, il existe de grosses difficultés d'accompagnement au changement. Les outils peuvent être là, mais c'est leur mise en œuvre qui pose problème. Ils repositionnent les temps entre ce que font les médecins, les infirmières, la pharmacie, etc. Mais ce repositionnement n'est pas toujours fait, pas toujours objectivé [Groupe de travail].

Transport des personnes

Il existe un problème de gestion des flux, d'organisation pour optimiser l'utilisation des outils, gérer l'information et minimiser les temps d'attentes et les risques liés au transbordement des malades [Propos d'expert].

Circuit du médicament

L'optimisation du circuit du médicament agit sur la qualité des soins mais aussi sur la rationalisation des coûts [D02].

Le circuit du médicament dans un établissement de santé recouvre la prescription, l'analyse et la validation de cette prescription, la préparation, la livraison, la distribution et l'administration du médicament, les commandes par la pharmacie, l'analyse de l'activité, la gestion des périmés, des retraits de lots [D02].

La distribution nominative (individualisée) des médicaments se mettra en place avec les automates [Propos d'expert].

Il est nécessaire de développer les compétences en achat du pharmacien (négociateur, interface entre médecins et fournisseurs).

Le Vidal informatique est accessible par tous les médecins : cela modifie la demande d'infos aux pharmaciens [Propos d'expert].

Impacts sur les établissements (organisation)

Définir et délimiter une fonction logistique transversale

Dans la construction des hôpitaux neufs, il existe des plateaux logistiques centralisés ; avec les liaisons qui en découlent, à la fois horizontales et verticales [Groupe de travail].

Il manque cependant une définition sur la fonction logistique transversale. Dans la fonction logistique, on trouve parmi les acteurs des personnes venant de différentes filières :
– soignantes ;
– ouvrières et techniciennes ;
– médico-techniques.

Ils travaillent dans une même fonction (logistique ou support), mais avec des champs d'intervention très différents (restauration, évacuation des déchets, etc.). Est-il possible de créer une filière logistique à partir de cette réalité ? [Groupe de travail].

Déterminer les fonctions externalisables

La question de la sous-traitance se pose beaucoup dans la fonction logistique, et elle a un fort impact sur les métiers. Les établissements sous-traitent déjà couramment le nettoyage, la blanchisserie, la restauration, la surveillance et la sécurité, parfois les transports… Le périmètre de l'externalisation est en fait « à géométrie variable » et dépend beaucoup de la stratégie de l'établissement, du marché fournisseur… [Groupe de travail].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

La prise en charge problématique de la fonction logistique

L'impact des pôles sur la fonction logistique demeure incertain. Est-ce qu'un établissement va confier à un seul responsable, l'ensemble des fonctions logistiques (gestionnaire de flux, logisticien…) ? Les pôles soulèvent aussi sur ce plan la question de la sous-traitance [Groupe de travail].

Vers un renforcement des compétences logistiques au service des soignants

On constate qu'on « peut rendre » du temps aux soignants, notamment aux cadres soignants qui passent parfois 30 % de leur temps au minimum à gérer la logistique. Dès lors le renforcement et la professionnalisation des fonctions logistiques peut permettre de recentrer les soignants sur leur cœur de métier [Groupe de travail].

Essor des besoins de compétences en gestion des flux de patients

On peut vraisemblablement faire l'hypothèse que des activités de gestion de flux de patients vont se développer. Cela peut faire émerger des postes de coordination, mais extérieurs à l'hôpital : il s'agirait soit d'infirmières de coordination, soit d'assistantes sociales, chargées de gérer les sorties de patient et le retour à domicile [Propos d'expert].

L'informatisation des bons d'urgence a diminué beaucoup le temps d'attente en urgence et le temps consacré à la gestion de cette attente.

Il existe des spécialistes qui étudient les flux de patients et de produits dans les projets, avec l'appui des logiciels. C'est même devenu fondamental. Ces logiciels fonctionnent bien et sont très pédagogiques [Groupe de travail].

Interactions avec les autres facteurs

3b ; 4d.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
	**	

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Sources

Documents

D002 DHOS (2001), *L'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé. Approche par l'analyse de la valeur. Quels projets pour quels objectifs*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, mai 2001, 128 p.

D107 Université de Bourgogne, CHU de Dijon, ASLOG, COLOG (nd), *Logistique hospitalière. Enquête bisannuelle sur la fonction logistique au sein des établissements de santé français*, Diaporama, 16 p.

D108 BISCH F. (nd), *La Fonction logistique*, Diaporama, CHU de Dijon, Commission logistique hospitalière de l'Aslog, 14 p.

Groupe de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Système d'information et gestion des flux.

8c. L'évolution de la gestion du dossier patient

Contexte – problématique

Le développement du SI dans tous les services et la mise en cohérence des interfaces permettent de transmettre les informations concernant les patients (que le système d'information soit intégré ou non) directement d'un opérateur à l'autre, puis d'archiver les données utiles. La mise en place progressive d'un dossier patient informatisé et unique vise à répondre au besoin de partage de l'information patient par l'ensemble des acteurs de sa prise en charge (dans ou hors les murs de l'hôpital).

La généralisation de l'extranet ou système d'information sécurisé est aussi liée au développement du haut débit et à la mise en place et la structuration des réseaux et des coopérations.

De ce point de vue, le dossier patient informatisé constitue une évolution technologique, organisationnelle et culturelle majeure.

Risques – Enjeux

- Réalisation de prise en charge globale, coordonnée et de qualité du patient.
- Capacité des établissements à développer un système d'information permettant d'intégrer puis gérer, sélectionner, stocker et communiquer l'ensemble des données patients.
- Sécurisation du système d'information patient.

Freins à la mise en place du dossier patient

Le dossier patient informatisé pose des problèmes techniques de continuité entre les données nécessaires aux services, aux soins et celles qui vont constituer le dossier médical unique. Mais au-delà, il est aussi la question de la saisie des données et de la charge de travail que cela représente pour les soignants qui sont surchargés. L'accompagnement au changement sera nécessaire pour faire évoluer un réflexe de base qui conduit à considérer le temps nécessaire à la gestion informatisée de l'unité de soins comme un temps perdu au détriment du patient [Groupe de travail].

Impacts sur les établissements (organisation)

Vers une externalisation de la gestion des dossiers médicaux ?

Le système d'information médical est à penser globalement, au niveau de l'établissement. À l'avenir, le dossier n'aura pas plus de raison d'être dans un établissement que dans un autre. Pourquoi ne pas imaginer que ces dossiers soient gérés un jour par des prestataires externes [Groupe de travail].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Professionnaliser la gestion du DMP

Il est nécessaire de professionnaliser la gestion du dossier médical par les équipes ; il doit être considéré comme un véritable outil de travail pour elles, et pas comme une simple archive. La mise en place du dossier médical personnalisé nécessitera des compétences en stockage, gestion, utilisation de l'information [Groupe de travail].

Interactions avec les autres facteurs

2a ; 3b ; 4d ; 9b.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
*		

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Sources

Document

D168 Fagniez Pierre-Louis (2007), *Le masquage d'informations par le patient dans son DMP*, Rapport au ministre de la santé et des solidarités, 30 janvier 2007, 15 p.

Groupes de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Nouvelles demandes de l'usager.

Compte-rendu du Groupe focus – Système d'information et gestion des flux.

8d. Le développement de SI dédiés aux fonctions de gestion

Contexte – problématique

Les systèmes d'information dédiés aux fonctions de gestion se développent au niveau central (comptabilité, finance, RH) et au niveau des services ou des pôles (soins, logistique et technique).

Si ces outils, qui contribuent généralement à accroître la productivité et la qualité, sont généralement performants, manquent encore des systèmes de gestion fournissant des outils de pilotage. La mise en place des pôles et de l'EPRD semble cependant les rendre indispensables.

Risques – Enjeux

- Mieux gérer, planifier et coordonner l'activité à l'aide d'un système d'information adapté.
- Partage de l'information de gestion entre administratifs et opérationnels.

Interactions entre SI et service RH

Le SIRH a un impact sur le service informatique, les services RH et l'ensemble des utilisateurs (le personnel).

L'enjeu est de passer de logiciels RH multiples à un SIRH intégré. Pour les services RH, une centralisation est également à prévoir avec :
– mise en place d'une plate-forme de service centralisé pour des tâches d'expertises et le traitement de tâches répétitives (Retraites, Alloc perte d'emploi, Factures AT et maladie prof., salaires sur fonds subventionnés) : moins d'effectifs, plus d'expertise, moins de saisie ;
– mise en place d'un « Self-service RH » : accès du personnel au SIRH (intranet, voire extranet). Sur 100 processus RH identifiés, 69 peuvent entrer en self-service dans un premier temps : le parcours professionnel et le dossier informatique personnalisé des formations, les risques professionnels par poste. Cela induirait moins de saisie, plus de normalisation et plus de contrôle ;
– depuis 10 ans, des fiches de postes sont établies dans les services, qu'il conviendrait de centraliser ;
– sur 1470 personnes en GRH, on compte 550 gestionnaires (pour les saisies en ligne) et 250 tâches d'exécution : des emplois de catégorie C sont en forte réduction au profit d'emplois de catégorie B, à conforter avec de la formation.

[Propos d'expert].

Impacts sur les établissements (organisation)

Besoin d'outils de gestion des plannings

Les premiers domaines informatisés dans les établissements sont toujours les fonctions de gestion. Cela permet la gestion de planning, la gestion d'équipes mobiles, de pools de remplacement, etc. Ce sont des outils très performants. Mais

pour que ces systèmes de gestion fonctionnent mieux, il faudrait créer des outils de pilotage, avoir des infocentres et des outils de décision pour les plannings, les tableaux de bord…

Des outils émergents actuellement, mais les éditeurs ne sont pas forcément prêts à produire des univers métiers propres aux métiers hospitaliers. On se retrouve avec des outils peu opérationnels, tout particulièrement sur les compétences. Or actuellement, pour gérer les pôles, la T2A, des outils de ce type s'avèrent nécessaires, dans la mesure où, d'après la réglementation, il faut produire des rapports, des bilans, tous les quatre mois [Groupe de travail].

Pour la gestion des RDV et des ressources, l'enjeu est d'avoir un même progiciel pour tous, quel que soit le processus. Cela permet la gestion et l'organisation des services, l'optimisation de l'utilisation du plateau technique.

Besoins en gestion documentaire

Il existe des besoins en gestion documentaire, sur les procédures, notamment de gestion des risques, mais aussi sur la veille méthodologique, le *bench marking*, pour se maintenir à flot par rapport à la concurrence, pour analyser le marché fournisseurs, etc. [Groupe de travail].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

- Montée du niveau de qualification dans les services de « production » administrative :
  - moins de saisie, moins de papier, moins de téléphone et davantage d'utilisation d'outils informatiques ;
  - réorganisation des services administratifs.
- Besoins en compétences :
  - gestion documentaire ;
  - informatique utilisateurs.
- Évolution des services informatiques : voir 8e.

Interactions avec les autres facteurs

6 ; 8a ; 8b.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
	**	

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Sources

Groupe de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Système d'information et gestion des flux.

8e. L'évolution des services informatiques

Contexte – problématique

L'évolution technologique va dans le sens d'une « recentralisation » de l'exploitation et du développement des systèmes d'information. Parallèlement, les services décentralisés changent d'activité : formation des utilisateurs, paramétrage et maintenance de premier niveau, en appui des directions de projet.

Par ailleurs, la mise en place de systèmes intégrés nécessite la création d'équipes projet associant des informaticiens et des utilisateurs.

Le développement des flux d'information médicale entre établissements nécessitera la mise en place de réseaux haut débit (réseaux privés virtuels pour les échanges d'images et de dossiers, télémédecine…).

Risques – Enjeux

- Maîtrise du changement : organisationnel, compétences, équipements.
- Arbitrage entre internalisation, mutualisation, externalisation (question notamment de la capacité des établissements petits et moyens à avoir accès aux compétences dont ils ont besoin).
- Sécurisation des réseaux et des serveurs.

Les SI confrontés à des pénuries de compétences

Les services informatiques du secteur de la santé sont confrontés aux mêmes pénuries de compétences et de personnel que les autres secteurs économiques. Cela soulève plusieurs problèmes :

- Quand les technologies évoluent tous les jours, il faut des budgets de formation adaptés ainsi que du temps disponible pour se former. Or aujourd'hui, il est difficile d'envoyer un informaticien plusieurs jours par an en formation.
- La mise en place des astreintes est difficile, or le SI qui se déploie dans la sphère clinique doit fonctionner 24 heures sur 24.
- La Direction des systèmes d'information et de l'organisation (DSIO) dans les établissements ; mais de fait, le « O » d'organisation n'existe pas ou peu, mis à part dans quelques CHU [propos d'expert].
- Après une période de décentralisation lorsque l'on est passé de systèmes centraux à des PC ; l'évolution technologique actuelle va dans le sens d'une recentralisation. Il va y avoir de plus en plus de soins nomades, donc un besoin de mise en place de postes de travail différents (WIFI, ardoises électroniques, etc.).

- La course au système d'exploitation (OS) est permanente, les migrations successives vers Windows95, Windows98, Wiindows2000, WindowsXP, etc., sont incontournables et entraînent de manière récursive tous les deux ou trois ans, un besoin d'adaptation de compétences techniques « au fil de l'eau », ce que ne permettent pas les plans annuels de formation.
- Il y a un fort besoin de sécurisation des postes et beaucoup d'actions à mettre en œuvre :
  – la mise en place de réseaux haut débit (réseaux privés virtuels pour les échanges d'images et de dossiers, la télémédecine, etc.) va s'accélérer ; la gestion des réseaux requiert des compétences souvent obtenues auprès de prestataires ;
  – les architectures évoluent en permanence vers le partage serveur application/serveur de données, vers la sauvegarde sécurisée avec plan de reprise, etc. Les besoins en compétences touchent à la mise en place des architectures et à la sécurisation des architectures [Propos d'expert].

Impacts sur les établissements (organisation)

Vers une mutualisation des moyens

Ces évolutions seront différentes selon la taille des établissements.

Vraisemblablement, des groupements de moyens vont se monter.

On peut anticiper une baisse de la maintenance via la Tierce maintenance applicative (TMA) ainsi qu'un recentrage des activités de l'établissement sur la gestion de l'infrastructure [Groupe de travail].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Évolutions des métiers de l'informatique

Impact sur les métiers de l'informatique :
– les métiers d'exécution vont être réduits ;
– les nouvelles compétences demandées concernent la gestion système, les réseaux, la sécurité, les grands ERP (progiciels de gestion intégrés), l'assistance aux utilisateurs ;
– le niveau de compétence augmente globalement ;
– la téléphonie disparaît au profit de la télécommunication informatique ;
– baisse des effectifs [Propos d'expert].

Besoin d'un informaticien opérationnel local chargé :
– d'administrer les données ;
– d'assister les utilisateurs ;
– de faire l'intermédiaire avec les services maintenance.

Ce poste existe en imagerie et dans les laboratoires ; il devrait apparaître en réanimation et au bloc opératoire [Propos d'expert].

L'enquête réalisée en 2000 sur les emplois jeunes dans les hôpitaux publics identifie trois types de métiers « liés à l'hôpital du XXIe siècle » (p. 61). Parmi ceux-ci figurent les « métiers liés aux nouvelles technologies de l'information et des communications ». Il s'agit de métiers tels que les agents de réseau de téléprocédure, webmestre, chargé de projet multimédia [D54].

Former le personnel à la gestion informatique

L'Institut Curie numérise l'ensemble des examens et courriers des patients. Les personnes qui assuraient la gestion « papier » doivent devenir progressivement des gestionnaires d'information. Pour les secrétaires médicales, ça constitue des gains de temps importants [Propos d'expert].

Utiliser la politique de recrutement pour professionnaliser le métier d'informaticien

Il y a eu beaucoup de recrutements d'informaticiens formés « sur le tas ». Les départs à la retraite vont permettre un renouvellement. Est posée *a contrario,* la question de la fidélisation des plus experts et compétents [Propos d'expert].

Les besoins de formation

Sur le plan de la formation, les besoins en formation bureautique utilisateur vont exploser. Les modes de formation devraient déboucher sur du e-learning [Groupe de travail].

Le recours à des contractuels peut poser des problèmes à moyen terme.

La forme du contrat de travail impacte aussi la sûreté du fonctionnement des SI. Le recours à des contractuels dans un service informatique crée une dépendance vis-à-vis de personnes qui peuvent partir du jour au lendemain vers le privé, dans l'industrie, etc. C'est très fragilisant et peut produire des crises difficiles à gérer [Groupe de travail].

Interactions avec les autres facteurs

4d ; 8c ; 8a.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
	**	

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Sources

Document

D054 DHOS – OBEA (2000), *Étude des activités et des métiers émergents dans les établissements de santé au titre du programme nouveaux services emplois jeunes, Direction des hôpitaux*, 147 p.

Groupe de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Système d'information et gestion des flux.

9. Évolution des politiques de qualité et de gestion des risques

9a. La mise en œuvre de la certification et de l'évaluation des pratiques professionnelles

Contexte – problématique

Le système de l'accréditation se renforce pour mieux répondre à plusieurs évolutions de contexte :
– politique territoriale (SROS de troisième génération) ;
– développement de la gestion des risques et de la qualité ;
– mise en place d'une exigence de résultat ;
– développement de l'évaluation des pratiques professionnelles ;
– attentes des patients et des citoyens en matière d'information, de qualité de prise en charge et de sécurité sanitaire.

La certification et l'évaluation des pratiques deviennent des outils de management pour les établissements (recherche de l'excellence, différenciation de l'offre, démarche qualité, mobilisation du personnel, meilleure attractivité pour les patients et le personnel…).

Risques – Enjeux

- Couplage d'une politique globale de gestion des risques et de qualité (satisfaction des patients, sécurisation des prestations, de l'organisation, des personnels…).
- Appropriation des démarches de gestion des risques ou de qualité par les établissements et le personnel.
- Développement de l'évaluation des pratiques professionnelles des personnels médicaux et non médicaux.
- Enjeu de l'attractivité des établissements.

Définitions du risque

Le risque peut être défini comme :
– une « situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine » ;
– « tout événement redouté qui réduit l'espérance de gain et/ou d'efficacité dans une activité humaine » (p. 13) [D38].

➢ *Définition critère/indicateur*

« Un critère est l'énoncé d'un moyen ou d'un élément permettant de satisfaire une référence » (p. 9).

« Un indicateur est une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. C'est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre » (p. 8).

Dans le domaine de la santé, il existe des indicateurs d'activité, de structure (de ressources), de processus, de résultats [D39].

La iatrogénie est une « complication provoquée par le traitement ou la technique employés » (p. 250) [D43].

L'accréditation comme facteur d'attractivité

« L'enjeu de l'accréditation pour un établissement est d'accroître son attractivité » [Propos d'expert].

« Des équipes qualité existent dans les plus gros établissements, et partout il existe des compétences d'auto-évaluation (pharmaciens, jeunes directeurs, ingénieurs, PH déjà impliqués dans les CLIN…) » [Propos d'expert].

À noter que les évaluateurs (accréditation, certification…) sont tous des professionnels (1 000 publics, 2000 privés).

Le Plan santé-environnement en 2005 atteste de la préoccupation environnementale de la mission de santé publique, mais en pratique seules quelques initiatives locales existent. La gestion des risques est prise en considération avec la multiplication des dispositifs de vigilance et le développement de la sécurité sanitaire. Mais le développement durable est surtout présent dans la gestion des déchets à risques infectieux, à risque radioactif, à risques chimiques et toxiques et des effluents liquides. La politique suivie a pour finalité à la fois d'améliorer le traitement des déchets mais aussi d'en limiter la production.

Promouvoir une démarche globale de développement durable, relève pour l'instant de démarches fortement volontaristes. Concrètement cela peut être de prévoir une certification type norme ISO 14001 dans le projet d'établissement (exemple Hôpitaux universitaires de Genève). Le ministère de l'environnement a élaboré des indicateurs et une méthodologie de développement durable dont pourraient s'inspirer les hôpitaux (Ou encore norme HQE norme NF Bâtiments tertiaires) [D14].

« L'accès à des soins de santé de haute qualité est un droit fondamental reconnu, auquel sont attachés l'Union européenne, ses institutions et les citoyens européens. Par conséquent, les patients sont en droit de s'attendre à ce que tous les

efforts soient mis en œuvre pour garantir leur sécurité en tant que bénéficiaires de services de santé » [D35].

Méthodes d'évaluation et retard dans leur application

Les principales méthodes d'amélioration de la qualité sont des variantes du PDCA – roue de Deming, appliquée à différents champs :
– revue de pertinence des soins (RPS), appliquée surtout pour les admissions et journées d'hospitalisation : mobilise une grille de pertinence des admissions et hospitalisations, dont les critères sont modifiables selon les services ;
– revue de mortalité morbide (RMM), pour analyser les décès et certains accidents morbides : réunions de travail pour analyser un événement indésirable ;
– chemin clinique (CC), appliqué par pathologie, afin d'en améliorer la prise en charge, via l'élaboration d'un document ou d'une liste d'actes à réaliser (check list ou planning), intégrés au DMP ;
– maîtrise statistique des processus de santé (MSP), basée sur le suivi chronologique d'indicateurs de qualité des soins ; l'objectif est d'identifier puis de limiter la variation des indicateurs ;
– audit clinique (AC), basée sur l'établissement de référentiels de pratiques et d'évaluation de l'écart des pratiques effectives à ce référentiel ;
– audit clinique ciblé (ACC) [D36].

Impacts sur les établissements (organisation)

Concilier les attentes des patients et la gestion objective des risques

*Q*uand les patients (représentants, association…) vont véritablement s'emparer de la problématique « risque à l'hôpital », la situation deviendra explosive sur le plan médiatique comme c'est déjà le cas dans d'autres pays. Néanmoins, il faut bien intégrer le fait qu'il existe une différence, parfois très grande, entre évaluer la satisfaction des patients, ou le ressenti qu'ils en ont, et gérer les risques liés à son séjour. Désormais, les établissements doivent se positionner sur ce deuxième aspect de la prise en charge du patient. En effet, un patient peut s'estimer très satisfait de son séjour sans que les procédures de contrôle des risques aient été respectées. De fait, l'information des patients et de leur famille est une compétence à avoir ou à acquérir. La tendance à venir, c'est la réappropriation d'outils de mesure du risque et de la qualité par les citoyens. Ils veulent comprendre comment fonctionne l'hôpital et vont de plus en plus demander qu'on leur rende des comptes [Groupe de travail].

Gérer la contradiction entre uniformisation des procédures et demandes de différenciation

« L'ambivalence paradoxale de la marche vers la QS tient au fait qu'elle puisse être tour à tour un ressort favorisant l'uniformisation (par les normes et les standards) et la différentiation, à travers l'accréditation sélective » (p. 63) [D40].

Trouver les moyens de motiver une véritable appropriation des démarches de gestion des risques et de la qualité par les établissements

La V2 (évaluation des pratiques professionnelles), la contractualisation, l'accréditation sont des leviers puissants pour développer la prise en compte de la

gestion des risques. Mais le danger avec la mise en place de ces dispositifs est de générer des « pratiques défensives » et des comportements motivés uniquement par crainte d'une sanction. Cela ne saurait être efficace, car une pénalité ne change pas les mentalités. C'est la culture « risque » des professionnels qui est la meilleure garantie de sécurité [Groupe de travail].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Vers un développement de nouveaux métiers spécifiques ou une diffusion de compétences liées à la gestion de la qualité et du risque ?

« Des normes de qualité, certification, procédures, etc. font moins débat dans le privé que dans le public. Notre structure a créé un label, qui repose sur 5 engagements, avec un axe comportemental et relationnel très important. Cela implique un travail de formation du personnel, mais nous n'en sommes pas encore à envisager la création de nouveaux métiers » [Propos d'expert].

Passer d'une logique de respect des procédures à une logique d'appropriation de compétences par les professionnels

Les normes, par exemple les normes ISO, peuvent être un véritable permis de mal faire, dans la mesure où avoir une procédure ne signifie pas que les choses sont bien faites ; c'est d'autant plus vrai quand la norme ne porte pas sur les pratiques professionnelles. Le vrai changement de qualité passe par un changement de mentalité, de comportements plus que par des procédures [Groupe de travail].

Interactions avec les autres facteurs

2c ; 4c ; 8c.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
*		

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Sources

Documents

D014 Hôpital et développement durable, in Revue des technologies de la santé – mai-juin 2006.

D015 HAS (2005), *Évaluation des pratiques professionnelles. Mise en œuvre et perspectives. Dossier de presse*, Haute autorité de la santé, 29 juin 2005, 11 p.

D016 Haute Autorité de Santé (2006d), *Évaluation des pratiques professionnelles. « L'EPP sur le site de la HAS ». Extraits du site de la HAS*, HAS, 2 juin 2006.

D035 Commission européenne – DG « Santé et protection des consommateurs » et Présidence luxembourgeoise du Conseil de l'Union européenne (2005), *Sécurité du patient – En faire une réalité. Déclaration de Luxembourg sur la sécurité du patient*, Luxembourg, 5 avril 2005, 3 p.

D036 Haute Autorité de Santé (nd), *6 méthodes d'amélioration de la qualité*.

D038 ANAES (2003), *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*, ANAES, Direction de l'accréditation, janvier 2003, 114 p.

D039 ANAES (2002), Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux, Anaes, mai 2002, 39 p.

D040 SETBON Michel (2000), « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du travail*, n° 42, pp. 51-68.

D043 CARRICABURU Danièle (2005), « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, n° 47, pp. 245-262.

Groupe de travail

Compte-rendu du Groupe focus n° 8 – Gestion des risques et de la qualité.

9b. Une réglementation de plus en plus exigeante en matière de sécurité du patient et de sécurité du fonctionnement, tendant à une gestion globale incluant récemment les préoccupations plus citoyennes du développement durable

Contexte – problématique

La réglementation ne peut que se complexifier. Elle sera de plus en plus liée à la politique plus globale d'assurance qualité et/ou d'accréditation (voir 8a). L'efficience étant la résultante du rapport qualité/coût, la question est posée à l'avenir de concilier les surcoûts de la sécurité sanitaire (ex. vis-à-vis du patient) et de la sécurité du fonctionnement (ex. risques professionnels, risques industriels et environnementaux…) avec les contraintes budgétaires. Une des pistes prometteuses pour maîtriser l'ensemble de ces exigences est le passage d'une gestion encore aujourd'hui très segmentée du risque et de la qualité à une gestion beaucoup plus globale.

Intégrée dans la construction de nouveaux hôpitaux, on constate également la prise en compte d'exigences concernant l'environnement et le développement durable au-delà de la réglementation actuelle (utilisation de matériaux recyclables, gestion préventive des déchets et de leur élimination, utilisation « d'énergie propre »…).

Risques – Enjeux

- Gestion de la sécurité et de la permanence des soins.
- Veille réglementaire, technique et des pratiques…
- Mutualisation de l'information et de l'expertise pour les petits et les moyens établissements.
- Prise en compte de toutes les exigences et contraintes dans une politique plus globale.

Caractéristiques et objectifs de la démarche de gestion des risques

« La démarche de gestion des risques vise à concilier la prise de risque avec la maîtrise des dangers qui l'accompagnent et donc à rendre le risque acceptable. Elle recherche un équilibre entre le bénéfice attendu et le risque accepté » (p. 15) [D38].

Démarche qualité et gestion des risques sont étroitement liées, puisque la sécurité est une dimension de la qualité ; la démarche qualité mobilise des méthodes similaires à celles de gestion des risques ; les facteurs de réussite des deux démarches sont très proches [D38].

Gérer les risques, c'est en fait gérer un projet, avec des étapes incontournables :
– un temps d'écoute et de diagnostic (très souvent, l'écoute manque, ou n'inclut pas l'ensemble des intervenants et des acteurs) ;
– un temps d'analyse ;
– un temps de décision [Groupe de travail].

Les principaux risques présents dans un établissement sont les suivants : risques spécifiques aux activités médicales et de soins ; risques liés à un événement technique ou logistique ; risques communs à la gestion de toutes les organisations (perte de ressources humaines, atteinte à l'image de marque, etc.) [D38].

« La Conférence recommande aux autorités nationales :
– de préserver les conditions de travail de toutes les professions de santé et de veiller à ce que la politique de recrutement et de rétention du personnel soit directement liée à la sécurité du patient » ;
– de reconnaître et de soutenir les formations dispensées par les fabricants des systèmes, instruments et appareils médicaux afin de garantir une application sécurisée des nouvelles technologies médicales et des technologies chirurgicales ;
– d'inclure la sécurité du patient dans la formation standard des professionnels de la santé, couplée à des méthodes et des procédures intégrées qui s'inscrivent dans une culture d'apprentissage et d'approfondissement des connaissances continues ;
– d'encourager une approche collaborative des soins entre les professionnels de la santé et les fournisseurs de soins de santé, visant à améliorer la sécurité du patient » [D35].

La qualité renforce l'efficience

Sur la relation entre la qualité et l'efficience, le BTP offre un bon exemple. Dans l'après-guerre, le BTP représentait le secteur pâtissant des plus forts taux d'accidents du travail. Les plus grandes entreprises ont mis en place, il y a 30 à 40 ans, des démarches sécurité. Le résultat a été une hausse spectaculaire de la sécurité des personnels au travail (baisse notable des accidents de travail), une hausse de la qualité des prestations et une baisse des coûts de mise en œuvre. Cet exemple « de cercle vertueux de la qualité » est vrai dans tous les secteurs industriels [Groupe de travail].

La qualité dépend étroitement du management et des modes d'évaluation des pratiques professionnelles

« La certification de l'hôpital dépendra du dispositif EPP mis en place. La version 2 de la certification repose sur la simplification et la médicalisation des référentiels, et un rôle accru reconnu aux usagers » [Propos d'expert].

Le facteur discriminant de la qualité, ça n'est ni la taille, ni la richesse, ni le statut, mais la qualité du management [Propos d'expert].

« Les patients et leurs familles sont demandeuses d'un référentiel de comparaison, de qualité, un système de notation qui discrimine les établissements et les services entre eux » [Propos d'expert].

Une réglementation pléthorique au final déresponsabilisante

« La gestion des risques pose la question de la multiplication des réglementations et des dispositifs, qui peuvent parfois même déresponsabiliser les professionnels » [Propos d'expert].

« En général, la réglementation tend à se durcir, et les exigences à s'accroître. D'où un effet de ciseau, si les compétences et les moyens ne peuvent suivre, voire diminuent » [Propos d'expert].

Une acceptabilité sociale du risque parfois en décalage par rapport à son intensité

L'acceptabilité sociale du risque est peu corrélée à son intensité : les risques liés aux accidents de la route sont mieux acceptés que ceux liés aux catastrophes aériennes, alors qu'ils sont beaucoup plus nombreux [D38].

La difficile appréhension des déplacements de risque

« L'absence d'une vision globale des risques rend la maîtrise difficile », et conduit à une gestion éclatée des risques, avec l'écueil associé : négliger des risques importants. La gestion des risques doit viser à réduire l'ensemble des risques : pour les personnes (patients et professionnels : sécurité des personnes), juridiques (responsabilité pénale), financiers (pérennité de l'entreprise, assurabilité de l'établissement) [D38].

Diffuser les savoirs pour construire une culture de la sécurité

« […] la première étape à entreprendre est de développer une culture de la sécurité du patient à travers l'ensemble du système de santé. La gestion du risque

doit être introduite en tant qu'instrument courant de l'organisation du secteur de santé » [D35].

« Un certain nombre de données sont déjà disponibles aux professionnels pour renforcer la gestion de la qualité : études épidémiologiques, systèmes déclaratifs, données des assureurs, données des vigilances sanitaires réglementaires (via l'AFSSAPS) » [Propos d'expert].

Impacts sur les établissements (organisation)

Mettre fin à la séparation gestion des risques/de la qualité

Ce qui ressort des débats autour de ces questions, c'est une séparation entre gestion de la qualité et gestion des risques ou en tout cas des finalités identifiées comme étant un peu différentes. La gestion des risques renverrait davantage aux professionnels et à l'environnement de l'hôpital (prendre en compte les contraintes, sécuriser les process, contrôler les résultats…). La gestion de la qualité renverrait surtout aux patients et à la prise en charge (satisfaction des patients, respects des engagements…). Le danger réside peut-être aujourd'hui dans une focalisation extrême sur la gestion de la qualité et la satisfaction des patients en occultant parfois la gestion des risques [groupe de travail].

Dans d'autres pays, les deux notions sont mêlées, « réduire le risque, augmente la sécurité et renforce la qualité ». En France et jusqu'à présent, les deux notions sont plutôt traitées de manière séparée [Groupe de travail].

Délimiter le périmètre correspondant à la gestion des risques, notamment afin de clarifier les responsabilités de chacun

La gestion du risque est mal identifiée à l'hôpital et surtout elle est très segmentée. Les chefs d'établissement éprouvent des difficultés à positionner la gestion du risque comme outil managérial, la question étant : quel périmètre d'activité recouvre-t-elle ? La gestion globale de la qualité est aussi difficile à appréhender. Chacun se préoccupe de « sa chapelle » sans pour autant appréhender la totalité de la prise en charge [Groupe de travail].

Une organisation de la gestion du risque comme fonction transversale et coordonnée pose aussi la question du droit de veto, ou du droit de retrait. Par exemple, le droit d'un participant expert en qualité quel qu'il soit (un pompier, par exemple) à fermer un service [Groupe de travail].

« La démarche de gestion des risques repose sur une définition claire des responsabilités. La sécurité est dans la plupart des cas une responsabilité directe de la ligne hiérarchique opérationnelle : direction, responsables de secteurs, encadrement, opérateurs. Les acteurs en charge de l'activité transversale de gestion des risques ont eux aussi une responsabilité sur la conduite et les résultats de cette activité. Il s'agit cependant d'une responsabilité indirecte, systémique et non opérationnelle » (p. 50) [D38].

Il est vrai qu'il est possible et utile d'intégrer des éléments de qualité dans la gestion au quotidien des établissements ; cela permet notamment d'identifier des blocages, des points à améliorer. Mais cela ne suffit pas en soi, car *in fine*, c'est le directeur d'établissement qui donne à la démarche sa valeur stratégique en intégrant les éléments de sécurité et de qualité dans son management et ses priorités [Groupe de travail].

Dans les établissements plus petits à défaut d'un gestionnaire de risques, la responsabilité de la coordination et de la cohérence de la gestion des risques incombe au directeur d'établissement, parfois dépassé par la complexité technique et réglementaire. Dès lors, la mutualisation des compétences entre plusieurs établissements est indispensable [Groupe de travail].

Mutualiser ou externaliser les moyens pour faire face à la complexité de la gestion des risques ?

La gestion des risques implique la maîtrise de très nombreuses connaissances, très variées et très techniques. C'est déjà difficile dans un CHU de regrouper les différentes compétences, comment faire dans un petit établissement ? La solution peut être la mutualisation des savoirs, ou même l'externalisation (par le recours à des consultants). La mutualisation pourrait se faire entre établissements, mais aussi à travers des collaborations avec des collectivités territoriales (conseils généraux, régionaux, communes, mais aussi ARH, etc.) [Groupe de travail].

Une partie de la gestion des risques devra sûrement être externalisée. Les contrôles de signaux, par exemple, ne sont pas gérables en intrahospitalier. Mais il sera difficile d'externaliser intégralement toutes les prestations de gestion des risques, car il y a besoin d'une connaissance du terrain très poussée. Sur ce plan, un rouage intermédiaire est essentiel entre l'extérieur et le terrain, c'est celui de l'assistant qualité [Groupe de travail].

La gestion globale des risques devra mieux intégrer le problème des déplacements des risques

On observe une synergie possible sur les thèmes de la sécurité du patient et de la sécurité du personnel. En particulier il s'agit de faire attention aux déplacements de risque de l'un vers l'autre. Les enjeux ne sont pas de prioriser les risques, mais d'avoir une vision globale et de prendre en compte ces interactions. Le gestionnaire de risque par exemple n'a pas à prioriser les risques ; c'est au management de direction médicale de le faire le cas échéant [Groupe de travail].

Le risque n'existe pas que pour les patients. Il touche aussi les professionnels. L'amiante représente l'exemple type du risque professionnel qui a été mal évalué et pris en compte très tardivement.

Il n'en reste pas moins qu'en termes de contexte, la notion de *patient security* est incontournable : la demande se structure, les fondations pour la sécurité des patients se développent. Les pratiques actuelles relatives aux infections nosocomiales représentent un exemple typique de déplacement de risque : le personnel utilise de plus en plus des sprays biocides. Il en découle un accroissement des allergies pour les professionnels. Dès lors, en luttant contre un risque vis-à-vis des patients, on en crée de nouveaux pour les professionnels [Groupe de travail].

Les accouchements de convenance sont un bon exemple d'ambivalence des méthodes de QTS. Ils sont très pratiqués, avec un double argument : d'un côté, l'accroissement de la sécurité, car la programmation de l'accouchement assure la présence de tous les spécialistes nécessaires en cas de complication (plus difficile ou plus longue si accouchement de nuit et absence du pédiatre, faible nombre d'anesthésistes, etc.) ; de l'autre, un argument moins explicite : permet de programmer le travail et de mieux gérer le manque d'effectif, les gardes, etc. Mais certains spécialistes estiment que cela déplace les risques, peut être iatrogène : « ça fabrique de la césarienne » [D43].

En effet, les césariennes sont de plus en plus utilisées alors que les risques pathologiques associés n'ont pas diminué : dans les petites maternités, notamment, ce recours peut s'expliquer par la volonté de prévenir des risques et complications nécessitant des techniques plus élaborées que la césarienne, alors que l'établissement ne dispose pas ou ne maîtrise pas le plateau technique nécessaire. On peut parler alors de stratégies d'anticipation et d'évitement de risques [D43].

Passer de la logique de la faute/culpabilité à celle de l'évaluation

Dans la gestion des risques telle qu'elle est encore largement appréhendée aujourd'hui, la notion de faute est prépondérante. Le partage de cette notion dans une communauté signifie qu'on pointe une responsabilité, ce qui crée un problème de partage de cette responsabilité. Or la gestion du risque doit davantage renvoyer à une logique d'évaluation et de recherche d'amélioration. Plus on parviendra à élargir la gestion de la qualité et du risque, plus on pourra affronter les problèmes de manière constructive, et trouver des solutions.

Un des moyens de faire progresser la logique de l'évaluation, c'est d'encourager les retours d'expériences, sur la base des résultats, en mettant en avant les apports concrets [Groupe de travail].

« La prévention des erreurs, plus ou moins développée selon les pays et les établissements de soins, se heurte partout à la confusion généralisée entre l'erreur et la faute, exacerbée par une approche individuelle et punitive de la faillibilité » (p. 58) [D40].

« Un environnement de travail ouvert et confiant reposant sur une culture axée sur les enseignements à tirer des quasi-accidents et des événements indésirables, plutôt que sur la philosophie du « blâmer-jeter l'opprobre » [D35].

Les actions ciblées de qualité ont un impact sur l'ensemble du fonctionnement de l'établissement, notamment en termes de rentabilité

« La priorité accordée à la sécurité du patient entraîne une réduction des coûts en termes de prise en charge de patients victimes d'événements indésirables et, par là même, une meilleure utilisation des ressources financières. Cela conduit en outre à une réduction des frais d'administration inhérents aux plaintes et demandes d'indemnisation » [D35].

L'idée que la T2A et l'efficience s'opposent à la qualité, souvent mise en avant, est critiquable. La T2A va dans le sens d'un prix moyen de séjour effectué dans les meilleures conditions, et qui sont théoriquement les conditions « normales » de séjour. Ce qui inclut donc un certain degré de qualité. La T2A permet de se rendre compte très vite du coût de la non-qualité : un séjour avec des complications coûte plus qu'il ne rapporte. Donc cette opposition entre coût et qualité n'est pas recevable. Les éléments de contrôle de gestion peuvent s'enrichir d'éléments de la qualité, et inversement ; ils ne sont pas antinomiques. C'est ce qui a motivé, par exemple, la fusion entre la direction financière et la direction de la qualité dans un gros CHU français [Groupe de travail].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Prévenir l'exclusion des personnels soignants de la démarche qualité

« Dans la fonction gestion des risques et de la qualité, chacun a une part de responsabilité. Si les spécialistes ont parfois du mal à trouver leur place dans les services, c'est qu'il y a un risque ressenti de déposséder les opérationnels de leur responsabilité. (Exemple la difficile gestion des flux dans un bloc est souvent liée à un problème d'organisation, et les solutions sont à trouver en interne). L'enjeu est bien de savoir travailler ensemble et de coordonner ses interventions » [Propos d'expert].

Il existe un problème d'information et de connaissance du processus global. Si l'on prend par exemple un flux de produit, on constate que le personnel, les opérateurs, n'ont pas une vision globale du flux. Et c'est cette vision partielle qui engendre le risque, car le professionnel ne pense pas au professionnel qui intervient avant ou après dans la chaîne de flux [Groupe de travail].

On peut considérer que le véritable enjeu aujourd'hui de la gestion des risques réside dans le partage des savoirs, y compris dans la relation médecin/patient et dans la capacité à travailler ensemble, dans les établissements (ce qui ne va pas toujours de soi). Finalement, le meilleur gestionnaire de risque, n'est-ce pas aussi le professionnel, qui au quotidien va intégrer le risque et la qualité dans sa pratique ? [Groupe de travail].

Vers l'émergence d'un métier de gestionnaire des risques et de la qualité ou vers un partage raisonné des savoirs et des compétences ?

Dans les établissements, il existe souvent des professionnels spécialisés sur un risque précis, sans pour autant qu'une « plate-forme de coordination » soit structurée. Et pourtant, cette vision globale du risque (ou plate-forme) est indispensable aux échanges, aux partages d'expériences mais aussi et surtout au développement d'une gestion globale de la qualité. Si cette approche globale n'existe pas, le directeur d'établissement est le plus souvent dans l'incapacité à prendre une décision. Il peut même y avoir contradiction entre deux propositions d'action pour résoudre un problème de sécurité [Groupe de travail].

Certains exemples sont révélateurs de ce besoin d'échanges et de discussion, comme la mise en place de l'hémodialyse. De nombreuses réunions avec des techniciens, des ingénieurs biomédicaux, des équipes soignantes… ont été nécessaires avant de mettre en place dans des conditions optimales de sécurité, cette activité. Le partage et l'échange sur les problèmes posés sur les connaissances à avoir ont permis de trouver des solutions adaptées [Groupe de travail].

« L'agence de bio médecine produit des normes de qualités, identifie les bonnes pratiques, établit des fiches, etc. sur les greffes. Le développement de la qualité ne nécessite pas forcément le développement d'un nouveau métier de qualiticien, mais en revanche nécessite d'intégrer ce thème aux compétences du personnel. Des audits de fonctionnement d'équipes peuvent être réalisés pour évaluer cette appropriation de la qualité » [Propos d'expert].

Une question se pose sur la sécurité et le risque : quel type de métier associer à tel type de risque ? Par exemple, en ce qui concerne le risque incendie, quel métier associer ? Ce qui est certain, c'est qu'il ne peut pas y avoir une seule personne chargée de la gestion de tous les risques, même si une seule personne

peut coordonner l'ensemble (gestionnaire de risques par exemple). La gestion des risques demande la maîtrise de savoirs très variés, connaître la chimie, l'hémodialyse, la sécurité incendie, le droit du travail etc. Cela signifie aussi que ce rôle ne peut être assuré par une seule personne, et requiert des experts dans leur domaine [Groupe de travail].

Le gestionnaire de risque serait plutôt un « généraliste » du risque, chargé de coordonner les différents spécialistes du risque, définir les priorités (avec le directeur) contrôler le suivi des actions… La coordination d'un réseau d'experts de plus en plus spécialisés et qualifiés dans leur domaine nécessite de l'expérience et des qualités d'animation d'équipe. Le responsable qualité ou risque, c'est de fait un chef de projet, « un chef d'orchestre » [Groupe de travail].

Il est courant d'entendre dire dans les établissements que pour augmenter la sécurité et mettre en œuvre les process de contrôle, il faudrait plus d'effectifs. Une telle augmentation n'est pas toujours nécessaire ou en tout cas prioritaire. Cela passe plutôt pour les personnels par des compétences et de nouvelles pratiques à intégrer [Groupe de travail].

Au final, on peut dire que la gestion du risque est une fonction transversale, mais avec des métiers verticaux (les spécialistes par domaine) différents selon les besoins des établissements [Groupe de travail].

Les métiers émergents

En matière de gestion de la qualité et des risques, les métiers émergents ou qui se renforcent sont :
– gestionnaire de risque pour : la coordination du risque lié aux soins et aux techniques ; la coordination politique du risque au niveau de l'établissement (dispositifs vigilance, maladies nosocomiales, systèmes de déclaration, facteurs de risques… adaptation des outils développés dans l'industrie) ;
– hygiéniste qui est en charge de l'application des plans mais aussi du contrôle des bonnes pratiques dans les établissements (ex. au sein du CLIN notamment).

« La politique sécurité sanitaire est en « tuyaux d'orgue » ; l'instance de gestion et de coordination est animée par des coordinateurs souvent trop jeunes et pas assez expérimentés et transversaux. Les impacts en matière de qualité et risques sanitaires peuvent induire une évolution des pratiques médicales mais ne nécessitent pas néanmoins un changement des compétences » [Propos d'expert].

« Dans l'évaluation des pratiques professionnelles, un nouveau métier apparaît, celui de médecin évaluateur » [Propos d'expert].

La veille technologique et documentaire est nécessaire, notamment pour les petits établissements, et des métiers connexes peuvent apparaître dans ce domaine. Au final, le besoin en matière de gestion des risques est celui d'experts risques et de coordinateur.

Deux types de métiers peuvent être identifiés (présents dans le *Répertoire des métiers de la FPH*) :
– coordinateur ou gestionnaire de risque ;
– qualiticiens.

Dans les métiers en émergence, il faut aussi signaler l'expert risque médical, qui est un médecin spécialisé. Ce métier se développe uniquement dans les grands établissements. Il est précieux pour le développement de la culture de l'erreur « positive » (*versus* la culture de la faute).

Dans la gestion de risque, il y a aussi la place ou en tout cas le besoin d'un métier de gestionnaire de crise, de coordinateur de cellule de crise, car on ne peut pas être à la fois décisionnaire dans un établissement et s'occuper du bon fonctionnement de la cellule de crise [Groupe de travail].

Un métier aux compétences mal délimitées

En psychiatrie, un sondage a été réalisé sur les responsables qualité dans les établissements. Le résultat montre qu'il n'y a pas encore de professionnalisation du métier de responsable qualité. En effet, l'origine professionnelle de ceux qui occupent la fonction est très diverse, de l'emploi jeune au professeur d'université. Cela pose la question de la formation minimale à avoir pour devenir gestionnaire qualité [Groupe de travail].

Interactions avec les autres facteurs

2a ; 2b ; 4c ; 8c.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
		***

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
	**	

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Sources

Documents

D011 HAS (2006a), *La lettre d'information de la Haute autorité de Santé*, juillet-août 2006, n° 3, 8 p.

D012 HAS (2006b), *La lettre d'information de la Haute autorité de Santé*, mai-juin 2006, n° 2, 8 p.

D013 HAS (2006c), *La lettre d'information de la Haute autorité de Santé*, mars-avril 2006, n° 1, 8 p.

D035 Commission européenne – DG « Santé et protection des consommateurs » et Présidence luxembourgeoise du Conseil de l'Union européenne (2005), Sécurité du patient – En faire une réalité. Déclaration de Luxembourg sur la sécurité du patient, Luxembourg, 5 avril 2005, 3 p.

D036 Haute Autorité de Santé (nd), *6 méthodes d'amélioration de la qualité*.

D038 ANAES (2003), *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*, ANAES, Direction de l'accréditation, janvier 2003, 114 p.

D040 SETBON Michel (2000), « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », Sociologie du travail, n° 42, pp. 51-68.

D042 GIROU Emmanuelle (2006), « Simplification des mesures d'hygiène dans la prévention des infections nosocomiales », *Réanimation*, n° 15, pp. 193-197.

D043 CARRICABURU Danièle (2005), « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, n° 47, pp. 245-262.

D119 VASSELLE Alain (2006), *Rapport sur la politique de lutte contre les infections nosocomiales*, Sénat, n° 421, et Assemblée nationale, n° 3188, juin 2006, 290 p.

D140 LEPAPE Alain (2007), « Qualité des soins, gestion des risques et infections nosocomiales », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 88-97.

Groupe de travail

Compte-rendu du Groupe focus n° 8 – Gestion des risques et de la qualité.

10. Évolution du système de formation professionnelle initiale et continue

10a. La formation initiale en forte mutation

Contexte – problématique

La réforme de l'enseignement supérieur sur la base du LMD va impacter l'enseignement professionnel du secteur de la santé. La lacune de la filière médicale pour les niveaux Bac + 3 à Bac + 6 (10 ?) apparaît d'autant plus flagrante.

La régionalisation de la formation sanitaire et sociale pose plusieurs questions dont celle de l'articulation entre les filières santé et sociale d'une part, et, d'autre part, celle de la cohérence entre le système de formation universitaire (financement et définition des quotas au niveau national) et le système de formation interne à la FPH (assimilable à l'apprentissage).

Le développement de la VAE met en question l'existence ou non de passerelles au sein et entre les différentes filières professionnelles.

Les évolutions en cours qui exigent de nouvelles compétences pour tous les métiers ainsi que les difficultés de recrutement pour certains métiers, établissements ou spécialités pose la question du recrutement des jeunes dans les filières de formation (profils et motivations) et de la capacité de ces filières à réaliser l'apprentissage des savoirs faire et des compétences comportementales.

Risques – Enjeux

- Adaptation des écoles et instituts de formation de la FPH à ce nouveau contexte.
- Réforme du système des stages dans les établissements (y compris pour les médecins) pour faciliter l'apprentissage des savoir-faire, la connaissance de l'ensemble du système sanitaire et social et favoriser les orientations vers les filières moins demandées.
- Réduction du décalage entre les contenus théoriques et les pratiques de terrain (voir aussi le facteur 3b, évolution des pratiques de soins).

La nécessaire adaptation au LMD

« Les professions médicales notamment n'ont pas encore « adhéré » en France, ni dans aucun autre pays européen, au cursus LMD. C'est sans doute dû en grande partie au caractère particulier de leur formation, qui est une formation professionnalisante, donnant directement l'accès à l'exercice d'un métier. Mais probablement aussi en raison à la fois de l'existence d'une sélection par concours après un an de formation, mais aussi d'un examen classant national, notions en principe incompatibles avec la notion de cursus LMD » [D130].

« Les formations initiales des professionnels de santé (IFSI, kiné…) doivent sans doute à l'avenir être intégrées à l'université, afin qu'elles bénéficient d'une véritable reconnaissance. Ce mouvement apparaît inéluctable : mise en place du système LMD, modularisation des enseignements et développement de la VAE… » Cela suppose néanmoins de disposer aussi d'un encadrement et de formateurs universitaires [Propos d'expert].

« Dans le cadre d'un cursus LMD il s'agit de scinder l'enseignement actuellement délivré au cours des premier et second cycles en six semestres conduisant à la licence et en quatre ou six semestres en vue du master, en identifiant différentes unités d'enseignement permettant de valider des crédits européens d'enseignement ou ECTS : 180 crédits pour la licence et 120 crédits pour le master. Une telle organisation permet la mutualisation entre les différentes professions concernées d'unités d'enseignement, en grande partie au cours du L1 (deux premiers semestres) mais également dans la suite du cursus, permettant ainsi :
– d'acquérir une formation de base commune ;
– de faciliter les passerelles entre les professions ;
– et de renforcer les liens entre les métiers.

Par ailleurs, l'identification de ces unités d'enseignement permet de décloisonner les formations :
– d'une part, en favorisant les réorientations après validation d'unités d'enseignement reconnues au sein de l'université pour d'autres cursus LMD ;
– d'autre part, en permettant l'accès à l'une des quatre filières médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique, à des étudiants d'autres composantes de l'université ainsi que dans des conditions qui restent à définir, à certaines professions paramédicales.

L'obtention de diplômes de licence ou de master pour les odontologistes, pharmaciens ou médecins et du diplôme de licence pour les sages-femmes représente également un atout pour les étudiants qui ne souhaiteraient pas exercer un métier directement lié au soin mais qui voudraient s'orienter vers des métiers en rapport, le plus souvent, avec les biotechnologies, la recherche ou les métiers non soignants ayant un rapport avec la santé.

Enfin, le cursus LMD nécessite une validation dans le cadre des contrats quadriennaux d'établissement. Ce qui peut apparaître comme une contrainte peut au contraire être extrêmement bénéfique dans la mesure où les objectifs pédagogiques devront être mieux précisés tant pour ce qui concerne l'enseignement théorique que pour ce qui concerne l'enseignement pratique délivré en milieu hospitalier. Il s'agira donc notamment de mieux préciser les objectifs de stage, leur mode d'évaluation, et de faire en sorte de pouvoir évaluer les étudiants à la fois sur leurs connaissances théoriques et sur leurs connaissances pratiques et donc sur leurs réelles compétences professionnelles » [D130].

Débats autour de l'examen classant national pour les études de médecine

« Les inconvénients liés à l'existence même d'un examen classant national à l'issue de la formation du deuxième cycle […] reposent pour l'essentiel […] sur le fait que les étudiants consacrent la majeure partie de leur actuelle sixième année à préparer cet examen classant national, ce qui représente une perte de temps, mais aussi sur le fait qu'il pénalise l'enseignement délivré par la faculté dans la mesure où les étudiants préfèrent suivre une formation parallèle permettant de préparer au mieux cet examen classant national plutôt que tirer parti de l'enseignement délivré par la faculté.

Une alternative peut être proposée. Elle viserait à supprimer cet examen classant national. Il est bien entendu absolument nécessaire de classer les étudiants de façon à leur permettre de choisir la spécialité de leur choix en fonction de leur rang et donc de leur mérite, mais d'autres solutions sont possibles parmi lesquelles la mise en place d'un interclassement par percentiles ou écarts à la moyenne.

Il s'agirait, au sein d'une interrégion, d'interclasser les étudiants provenant des différentes facultés afin de leur permettre un choix par rang de classement au sein de leur interrégion d'origine. Ce type de classement est parfaitement possible et a déjà été mis en place de longue date par le département de formation du service de santé des armées, à la satisfaction tant des enseignants que des enseignés et permet depuis plusieurs années de répartir les étudiants dans les différentes spécialités en fonction de l'interclassement réalisé entre les différents sites de formation des étudiants.

- *Les étudiants ne sont actuellement pas favorables à cette possibilité en insistant sur le fait que cela empêcherait un étudiant d'une interrégion d'effectuer son Internat dans une autre interrégion.*

Cet argument a été longuement discuté mais pourrait faire l'objet d'une mesure consistant à mettre en place une obligation de mobilité d'une interrégion à l'autre au cours de l'internat. Quoi qu'il en soit, un accord n'a donc pas pu être trouvé entre étudiants et Enseignants au sujet de l'éventuelle suppression de l'examen classant national » [D130].

Formation des directeurs

« Les représentants officiels du corps de directeur sont tétanisés sur les évolutions en cours (arrêt Burgaud par exemple) ; ils craignent l'avènement d'un accès au corps sans concours (beaucoup plus que la concurrence de professionnels d'autres pays en Europe). Pour moi, c'est une peur de ne plus faire partie de « l'élite » et surtout la peur de perdre le statut professionnel et surtout social » [Propos d'expert].

« Les directeurs passent un concours de très haut niveau, vu comme le haut de gamme, pas loin après l'ENA. Ceux qui sont reçus ont très tôt conscience d'appartenir à une élite. Ensuite, ce sentiment se teinte progressivement de souffrance en découvrant les contraintes du métier et l'inconfort de leur position. C'est également une fonction très peu connue du public » [Propos d'expert].

Enjeux des formations paramédicales

Il ne semble pas exister véritablement de perte d'attractivité des métiers pour les infirmiers et les sages-femmes : les écoles se remplissent sans trop de difficultés,

sauf lorsqu'il y a des changements brusques de quotas (exemple des infirmiers) Auquel cas, un temps d'adaptation est nécessaire. Les professionnels semblent davantage préoccupés par la baisse potentielle de niveau que peut provoquer la hausse des quotas.

Par contre, le nombre de candidats pour les manipulateurs en électroradiologie baisse depuis le milieu des années 1990 même s'il connaît depuis peu un redressement [D27].

La formation des paramédicaux va s'européaniser, et donc s'universitariser pour s'intégrer à terme dans un cursus LMD. Cette évolution peut répondre à terme au besoin de niveaux de formation intermédiaires, entre les bac +3 et +4 (paramédicaux) et les bacs +9 à +11 des médecins [D27].

- *Formation des aides-soignantes*

« Les aides-soignantes suivent une formation assez coûteuse, mais n'ont pas pour autant le statut d'étudiant ni les avantages qui vont avec » [Propos d'expert].

- *Infirmières*

Le taux d'abandon en cours d'études dans les écoles d'infirmières est de 20 % au niveau national [D28].

Des plans gouvernementaux de santé et des réformes qui incitent à adapter les programmes des formations initiales

Notamment sur les pratiques de soins et les domaines suivants :
– développement des soins palliatifs et du travail en réseau ;
– prévention de la maltraitance en direction des adultes vulnérables ;
– autisme et troubles envahissants du développement ;
– traitement de la douleur ;
– prise en charge des personnes âgées démentes ;
– les savoirs de la psychiatrie ;
– … [D127].

« Afin de répondre aux besoins de formation des médecins et des professionnels de santé, nous avons mis en œuvre le plan gériatrique universitaire », a rappelé Dominique de Villepin. Doivent être créés 15 postes de professeurs des universités-praticiens hospitaliers, de professeurs associés, de maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers et de chefs de clinique » [D129].

Un report de dépenses de formation sur la région parfois difficile à assumer

« Le transfert de la formation sanitaire aux régions se fait dans le cadre de la réforme budgétaire. Les régions ont demandé à connaître le coût de ce qui était transféré. La première difficulté a été, pour les établissements ayant des écoles, de déterminer les coûts réels des formations. Cela a nécessité la mise en place d'une comptabilité analytique rétrospective, sur 2 ans » [Propos d'expert].

Impacts sur les établissements (organisation)

Il est à prévoir une plus large autonomie des instituts de formation professionnelle vis-à-vis des établissements actuellement porteurs, voire éventuellement, à terme une réintégration au sein de l'université.

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Des formations de plus en plus concurrencées

En ce qui concerne les infirmiers, les difficultés des écoles à atteindre les quotas dans certaines régions, dont l'Île-de-France, sont confirmées ; elles s'expliquent par la concurrence avec d'autres formations bac + 2 ou + 3 [D28].

« Il existe une concurrence entre diplômes des différents ministères (Éducation nationale et Santé), et donc entre les débouchés professionnels de ces diplômes. La question des débouchés se pose pour le BEP sanitaire et social (plutôt agent d'entretien en hôpital) et pour les Bac SMS (plutôt secrétaire médicale à l'hôpital) » [Propos d'expert].

La décentralisation accentue la concurrence entre territoires

« L'Ile-de-France forme beaucoup de professionnels de santé qui partent ensuite travailler en province. Tant que la formation était nationale, ce n'était pas un problème, mais ça le devient désormais avec la responsabilisation des régions sur ces formations. L'enjeu à venir, pour elles, ça sera de garder les personnes formées, en proposant des carrières sanitaires intéressantes. Cette concurrence sera d'ailleurs sûrement renforcée par la vague de départs en retraite, avec probablement des départs massifs des jeunes formés vers le sud) » [Propos d'expert].

Un besoin de nouveaux terrains de stage

« Les CHU ne peuvent plus être les seuls lieux de formation des médecins » [Propos d'expert].

« Le niveau de recrutement parfois faible du recrutement chirurgical de certains services de CHU posera à l'avenir la question de la mise en place d'une accréditation pour la formation de ces services. Certains établissements privés, compte tenu de leur forte activité chirurgicale et de la qualité des chirurgiens qui y exercent, pourraient participer utilement à la formation des jeunes chirurgiens. Un contrat renouvelable tous les trois ans, en fonction de la qualité de la formation devrait lier les établissements à l'université, qu'ils soient hospitaliers ou non » [D126].

En ce qui concerne les formations de manipulateur, on signale une problématique sur les coûts mais aussi sur les lieux de stage (car pas suffisamment de sites) [Association professionnelle].

Besoin de simplification des diplômes pour des métiers aux compétences similaires

Ne faut-il pas aller vers un diplôme unique regroupant des fonctions essentielles et certainement assez proches les unes des autres : aide-soignant (AS), aide médico-psychologique (AMP) et auxiliaire de vie sociale (AVS) ? [Propos d'expert].

La formation aujourd'hui semble déphasée par rapport aux besoins en compétences actuels et à venir [D01].

On peut noter des incohérences en matière de formation des attachés d'administration hospitalière. L'ENSP est censée assurer la formation des candidats, notamment sur les réformes en cours (nouvelle gouvernance, T2A, V2…) Or, il

apparaît que la formation sur ces thèmes est très réduite puisqu'elle se limite à quelques demi-journées, contraignant les établissements employeurs à reformer leurs candidats.

Les compétences dont les hôpitaux publics auront besoin dans les dix prochaines années se situent principalement dans la gériatrie et la psychogériatrie. C'est d'autant plus vrai que les services de MCO sont déjà, de fait, largement occupés par des personnes âgées [Groupe de travail].

Une tendance à la baisse du niveau de formation ?

Le nombre de postulants aux IFSI reste le même alors que dans le même temps, les quotas d'entrée ont été augmentés de manière sensible. Mécaniquement le niveau général des candidats a donc baissé rendant problématique le niveau général des soins qui seront prodigués aux patients dans les années qui viennent. Ces aspects inquiètent d'ailleurs beaucoup l'encadrement de proximité, notamment sur le plan des conséquences en termes de responsabilité. Dans la formation et aussi dans la mise à disposition d'outils ou de méthodologies, y compris de management, il ne faut jamais oublier qu'à l'hôpital public, la culture du « faire » prédomine. S'y exprime une opposition constante entre l'opérationnel et le réflexif. Au final, tout le monde est formé à tout, mais personne n'utilise vraiment ce qui a été appris [Groupe de travail].

Existence d'inégalités régionales

« L'absence de régulation des flux de formation pose problème pour les manipulateurs. Les écarts entre régions sont considérables : pas de centre de formation (DE/DTS) dans le Limousin et la Corse, une moyenne allant de 3,55 (Midi-Pyrénées) à 8,38 (Bourgogne) manip formés pour 100 en exercice. Ces chiffres sont jugés très insuffisants par rapport aux départs prévisibles et aux besoins, avec un phénomène aggravant constitué par la fuite des candidats formés en Île-de-France» [Associations professionnelles].

Besoins spécifiques aux infirmières

« Le champ d'exercice infirmier, la complexité des prises en charge nécessitent, au-delà des formations initiales, d'accéder à des formations supérieures, spécifiques aux soins infirmiers, offrant des possibilités de carrière dans les domaines cliniques, gestion-management et enseignement. Les activités de recherche concernent tous les domaines. Elles peuvent être envisagées soit comme une activité à part entière (chercheur), soit comme une double activité (clinicien – chercheur ; enseignant – chercheur…) » [Association professionnelle].

Interactions avec les autres facteurs

2d ; 4b ; 4e ; 8c ; 10b.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
	**	

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Sources

Document

D001 Commissariat général au plan (2005), *Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004*, CGP, mai 2005, 52 p.

D019 Bessière Sabine, Breuil-Genier Pascale et Darriné Serge (2004a), « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et Résultats*, Drees, novembre 2004, n° 352, 12 p.

D027 Ondps (2005), *Synthèse générale Rapport 2004*, Ondps, 60 p.

D028 Ondps (2006), *Synthèse générale Rapport 2005*, Ondps, 60 p.

D034 Collet Marc (2003), Projection du nombre de pharmaciens en activité en France à l'horizon 2030. Sources, méthodes et principaux résultats, Drees, Document de travail, Série études, novembre 2005, n° 54, 108 p.

D084 Marquier Rémy (2005), « Les cinq premières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale », *Études et résultats*, Drees, n° 393, avril 2005, 12 p.

D130 Thuillez Christian (2006), *Rapport de la commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD*, juillet 2006, 25 p.

D155 Marquier Rémy (2006), « Les étudiants en soins infirmiers en 2004 », *Études et résultats*, Drees, n° 458, janvier 2006, 12 p.

D156 Dantan Sophie et Marquier Rémy (2006), « Les étudiants en formations paramédicales en 2004 », *Études et résultats*, Drees, n° 540, novembre 2006, 8 p.

D157 Hardy-Dubernet Anne-Chantal et Faure Yann (2006), « Le choix d'une vie… Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005 », *Document de travail. Série études*, Drees, n° 66, décembre 2006, 95 p.

D170 Hardy Jacques (2006), *Fonder l'École des hautes études en santé publique*, Mission EHESP, juin 2006, 95 p.

D183 Marquier Rémy et Idmachiche Salah (2006), « Les débuts de carrière des infirmiers diplômés en 2001 », *Document de travail. Série études*, Drees, n° 59, mai 2006, 58 p.

Groupes de travail

Compte-rendu du Groupe focus – Organisation de l'offre de soins et évolutions des prises en charge.

Compte-rendu du Groupe focus – Évolution des pratiques de soins.

Compte-rendu du Groupe focus – Organisation interne et management.

10b. Les règles de la formation continue changent

Enjeux

Au-delà de l'adaptation en cours de l'ANFH qui devient un OPCA, et dans un contexte de fort renouvellement démographique, la formation professionnelle continue est en profonde mutation. En effet, « la formation tout au long de la vie » devient un outil au service des adaptations individuelles (rester compétent, évoluer vers d'autres métiers…) et collectives (avoir les compétences dont a besoin l'institution pour répondre aux attentes des usagers, se développer…). La diversification des moyens (notamment mise en place du droit individuel à la formation) et des modes d'apprentissage (e-formation, EAO, tutorat…) deviennent dès lors un enjeu en matière de politiques de ressources humaines.

La possibilité de créer des parcours professionnalisant est facilitée d'autant que le système de formation qualifiant devient de plus en plus accessible grâce au développement de la VAE.

Face aux évolutions des organisations et des métiers, la formation continue est appelée à être fortement sollicitée d'une part pour entretenir et/ou renouveler les compétences des agents, et d'autre part, permettre des évolutions de carrière (spécialisation, montée en responsabilité, reconversion…). Cette dernière mission dépend de l'évolution du système de formation initiale.

Risques – Enjeux

- Identification des parcours professionnels et définition d'une politique de mobilité.
- Amélioration de l'attractivité des établissements et fidélisation des personnels.
- Accompagnement dans l'évolution des métiers et des nouveaux besoins en compétence, et en particulier dans l'évolution de la réglementation relative à l'exercice des métiers paramédicaux (lien avec le facteur 4b, évolution des pratiques de soins).
- Capacité à mobiliser les ressources financières et humaines pour accompagner le changement.

L'externalisation

« Dans les métiers techniques, d'ici 10 ans, l'externalisation aura beaucoup progressé. Les métiers d'exécution vont fortement diminuer ; des emplois polyvalents

et des métiers exigeants de multicompétences vont apparaître. Par ailleurs, la gestion de l'externalisation va passer par une professionnalisation accrue : conception des cahiers des charges, désignation de « superviseur » et programme de suivi et d'évaluation de la prestation externalisée, développement de la veille en amont, maîtrise de l'expertise et de la connaissance » [Propos d'expert].

Répondre aux besoins de compétences en management

« On peut s'interroger sur le degré d'expertise des directeurs. C'est le problème plus général de l'énarchie qui touche ici l'hôpital : les étudiants de l'ENSP sortent à 25 ans, avec une formation générale, même s'il existe des stages (dont il faudrait évaluer la qualité et l'apport effectif) ; ensuite, ils peuvent être DRH, directeurs financiers, directeurs des achats. Il y a des formations spécialisées pour chacun de ces métiers, mais elles ne sont en fait pas très pointues. Quand on voit les difficultés actuelles dans la FPH dans les domaines de la GRH et de la gestion financière, on peut penser que le manque d'expertise de l'encadrement en est une cause. C'est une hypothèse que je fais, mais pour avoir vu les étudiants à l'ENSP [en tant que directeur et enseignant], je pense qu'ils sont moins experts qu'un sortant d'une école de commerce » [Propos d'expert].

Émergence de nouveaux besoins

La féminisation des emplois induit un développement du temps partiel [D03b].

« Nous connaissons dans nos établissements un développement important de l'apprentissage » [Propos d'expert].

« Nous demandons de plus en plus à nos soignants de participer à l'enseignement formation » [Propos d'expert].

Des plans gouvernementaux de santé qui incitent à former le personnel

Suite au plan cancer, l'ANFH a mis en place un dispositif de formations en région pour les soignants sur le thème de la qualité de la prise en charge des patients dans sa dimension médicale et humaine [D127].

Dans le cadre des réformes des établissements de santé (T2A, etc.), l'ENSP a intégré dans son catalogue de formation une action intitulée « manager ensemble les établissements de santé » [D127].

Les formations nationales prioritaires en 2006 concernent les domaines suivants :
– développement des soins palliatifs et du travail en réseau ;
– prévention de la maltraitance en direction des adultes vulnérables ;
– autisme et troubles envahissants du développement ;
– accès aux soins des publics en situation de précarité ;
– prévention de la iatrogénie médicamenteuse évitable [D127].

Par ailleurs, les grandes thématiques de santé publique, par leur caractère pluriannuel, continuent à fortement influencer les plans de formation des établissements : cancer, douleur, dénutrition, démence, handicap… Mais aussi dans un avenir proche, figurent prioritairement les actions suivantes :
– dans le cadre du plan de lutte contre la pandémie grippale : alerte sanitaire, prise en charge des victimes, exercices de gestion d'une pandémie grippale ;
– prévention, traitement et éducation des maladies respiratoires chroniques obstructives ;

– prise en charge des maladies rares (dans le cadre du Plan national des maladies rares 2005-2008) ;
– optimisation des achats hospitaliers (dans le cadre de la mise en œuvre de la T2A), en complément des formations « Fonction achat » et « négociation » dispensées par l'ENSP… [D128].

Impacts sur les RH, métiers, compétences

Repenser le rôle et l'organisation de la formation initiale

« L'orientation vers les métiers de la santé doit être possible par d'autres voies que le système de formation initiale. Les réflexions pour savoir s'il est possible de gérer la pénurie à venir en accélérant les promotions internes piétinent, car on estime que pour parvenir à occuper un poste, dans ces métiers-là, on ne peut pas faire l'économie de plusieurs années d'expérience. L'aspect réglementé de ces métiers n'aide pas non plus à trouver rapidement une solution » [Propos d'expert].

« Avec la loi sur la formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV) les processus d'entrée en formation changent, et ne se cantonnent plus du tout au schéma classique du concours puis d'un emploi identique à vie. On va progressivement passer à des parcours professionnels plus variés, dans lesquels, les périodes d'emploi sur un poste puis de formation pour se préparer à occuper un autre poste, vont de succéder. La gestion de ces parcours moins linéaires que par le passé nécessite la création d'outils spécifiques, comme par exemple des référentiels métiers, des référentiels de formation… » [Propos d'expert].

« Le transfert de la formation aux Régions va vraisemblablement entraîner une séparation physique, à 5-10 ans, entre les établissements de santé et les écoles. Pour les établissements accueillant des écoles, cela va se traduire par une diversification des lieux de stages pour les élèves, mais peut être aussi un risque de pénurie de personnel stagiaire pour les anciens établissements formateurs : jusque-là, les écoles étaient une source de main-d'œuvre stagiaire aisée à attirer » [Propos d'expert].

Développer le recours aux outils de GRH

Les travaux d'analyse, d'évaluation, d'élaboration d'indicateurs, de diagnostics en vue de prévoir notamment les évolutions des métiers sont à promouvoir [D01].

Redonner une attractivité au secteur public via la politique de rémunération

Dans le secteur public, pour revaloriser l'exercice chirurgical (mais ces pratiques peuvent être appliquées à d'autres domaines), le principe d'une rémunération variable à l'activité, en sus de la rémunération fixe associée aux missions de permanence des soins, doit être mis en avant [D45].

Interactions avec les autres facteurs

2d ; 4b ; 4e ; 8c ; 10b.

Importance et échéance de l'impact

Probabilité d'occurrence

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Échéance de l'impact

CT	*MT*	*LT*
*		

Importance de l'impact

Faible	*Moyenne*	*Forte*
	**	

Sources

Documents

D001 Commissariat général au plan (2005), *Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004*, CGP, mai 2005, 52 p.

D003b Lapeyre Nathalie et Le Feuvre Nicky (2005), « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », Revue Française des Affaires Sociales, 59e année, n° 1, janvier-mars 2005, pp. 59-81.

D004a Matillon Yves (2003), Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, Rapport de mission, août 2003, 94 p.

D027 ONDPS (2005), *Synthèse générale Rapport 2004*, ONDPS, 60 p.

D045 Fhf (nd), « Position et propositions de la FHF sur l'évolution de la chirurgie publique », Fédération hospitalière de France.

D096 PINAUD Michel (2004), *Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social*, Avis et rapports du Conseil économique et social, n° 22, juillet 2004, 234 p.

D127 CIRCULAIRE N°DHOS/P2/2005/257 du 30 mai 2005 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière.

D128 CIRCULAIRE N°DHOS/P2/2005/257 du 30 mai 2005 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière.

D129 Le plan « solidarité grand âge »,
http ://www.premier-ministre.gouv.fr/information/actualites_20/plan-solidarite-grand-age_56083.html

D165 CREP-ASI (2003), « Formation des infirmières cliniciennes : référentiel de compétences », *Intervention au Congrès de l'Association suisse des infirmières*, Montreux, juin 2003, 11 p.

Annexes

1. Liste des documents

A1. Données de cadrage

Évolutions de la santé, situation de l'hôpital, transformations de l'offre de soins, etc.

D008 BERTRAND Xavier (2006), *Discours « Salon Hôpital Expo »*, Ministère de la santé et des solidarités, 16 mai 2006, 8 p.

D009b Établissements de santé en France.

D010c DE KERVASDOUÉ Jean et PELLET Rémi (2006), *Carnet de Santé de la France 2006. Économie, droit et politiques de santé*, Paris, Dunod, La Mutualité française, 276 p.

D044 CAUSSE David et JAMOT Murielle (2006), « Compte-rendu du Séminaire des correspondants du réseau médico-social de la FHF sur le projet de plate-forme », Fédération hospitalière de France, Pôle organisation sanitaire et médico-sociale, 8 avril 2006, 6 p.

D045 FHF (nd), « Position et propositions de la FHF sur l'évolution de la chirurgie publique », Fédération hospitalière de France.

D046 MOLINIÉ Éric (Rapporteur) (2005), *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Paris, Avis et rapports du Conseil économique et social, Les éditions des journaux officiels, 263 p.

D050 Interview de Xavier Bertrand, Ministre de la santé et des solidarités, *Le nouvel hospitalier*, n° 78, Juin juillet 2006, pp. 2-5.

D051 « Pôles de compétitivité : douze nouveaux projets financés dans le domaine de la santé », *Dépêche InfoAPM*, APM International, 24 juillet 2006, 2 p.

D061 COUANAU René (2003), *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, Assemblée nationale, n° 714, mars 2003, 81 p.

D062 SAINSAULIEU Ivan (2006), « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, n° 48, pp. 72-87.

D063 ARLIAUD Michel et ROBELET Magali (2000), « Réformes du système de santé et devenir du « corps médical », *Sociologie du travail*, n° 42, pp. 91-112.

D070 DHOS (2004), *Rapport annuel 2003*, Ministère de la santé et de la protection sociale, 14 p.

D074 AP-HP (2005), *Plan stratégique 2005-2009. Notre ambition commune*, AP-HP, 31 p.

D075 Majnoni d'Intignano Béatrice (2006), *Santé et économie en Europe*, Paris, Presses universitaires de France, Troisième édition mise à jour, 127 p.

D076 Chaabane S., Guinet A., Smolski N., Guiraud M., Luquet B., Marcon E. et Viale J.-P. (2003), « La gestion industrielle et la gestion des blocs opératoires », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, n° 22, pp. 904-908.

D081 Petitnicolas Catherine (2006), « L'hôpital, le service public préféré des Français », *Le Figaro*, vendredi 12 mai 2006, p. 22.

D082 Dugua Pierre-Yves (2006), « Aux États-Unis, le coût de la santé asphyxie les entreprises », *Le Figaro*, vendredi 12 mai 2006, p. 22.

D085 Tugores François (2006), « La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Situation au 31 décembre 2003 », *Études et résultats*, Drees, n° 485, avril 2006, 8 p.

D086 Cohu Sylvie et Lequet-Slama Diane (2006), « Les systèmes de santé du sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation », *Études et résultats*, Drees, n° 475, mars 2006, 8 p.

D087 Houdart Philippe, Malye François, Vincent Jérôme et Andréani Frédérique (2006), « Dossier : Hôpitaux, le palmarès 2006 », *Le Point*, n° 1759, 1er juin 2006, pp. 88-123.

D104 Le Bouler Stéphane (2006), *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix. Second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes »,* Paris, Centre d'analyse stratégique, 308 p.

D106 Lenay Jean-Claude (2005), *Les filières sociale, médico-sociale, médico-technique*, Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, 55 p.

D110 Peju Nicolas (2005), *Enquête d'opinion auprès des praticiens. Rapport*, Fhf, décembre 2005, 57 p.

D111 Fhf (2005), *Étude création de réseaux*, Fhf, 3 p.

D112 Fhf (2005*), Étude mise en place des CME*, Fhf, 2 p.

D113 Fhf (2005), *Étude modification des tarifs*, Fhf, 2 p.

D114 Geste (2005), *Contrat d'études prospectives Cliniques et maisons de retraites privées commerciales*, juillet 2005, 170 p.

D115 Dhos (2006), *Remise des trophées « c.r.é.e.r. »*, Ministère de la santé et des solidarités, 17 mai 2006, 2 p.

D123 Cnamts (2006), *Politique hospitalière de l'assurance-maladie. Texte adopté par le conseil de la CNAMTS du 12 janvier 2006*, CNAMTS, 92 p.

D124 Adam Philippe et Herzlich Claudine (2004), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Éditions Armand Colin, 127 p.

D133 Crémieux François (2007), « L'hôpital en mouvement », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 6-13.

D134 D'Halluin Jean-Pierre, Maury François, Petit Jean-Claude, de Singly Chantal (2007), « Pouvoirs et organisations à l'hôpital », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 14-31.

D144 Dumond Jean-Paul (2003), « Les conflits de pouvoir à l'hôpital », *Sève*, n° 1, Hiver, pp. 71-81.

D171 Blanchard Philippe *et alii* (2006), *Évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire*, IGA/IGAS, mars 2006, 140 p.

D172 Grall Jean Yves (2006), *Les maisons médicales de garde*, Rapport remis à Monsieur Xavier Bertrand, juillet 2006, 51 p.

D173 Bras Pierre-Louis *et alii* (2006), *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management »*, IGAS, septembre 2006, 210 p.

D174 Léger Anne-Marie et Mauss Huguette (2006), *Situation financière des centres de soins infirmiers*, IGAS, novembre 2006, 58 p.

D175 Chadelat Jean-François (2006), *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*, IGAS, novembre 2006, 32 p.

D179 Chaleix Mylène et Mermilliod Catherine (coord.) (2005), *Les établissements de santé. Un panorama pour l'année 2003*, DREES, 76 p.

D184 Balsan Didier (2003), « Une typologie des établissements de soins publics et PSPH en fonction de leur activité et de leur environnement », *Document de travail. Série études*, Drees, n° 37, octobre 2003, 35 p.

D185 Danet Sandrine (coord.) (2006), *Disparités régionales de santé à partir des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*, Drees, 45 p.

D186 Boisguérin Bénédicte, Breuil-Genier Pascale et Raynaud Denis (2006), « Les trajectoires de soins en 2003 », *Études et résultats*, Drees, n° 463, février 2006, 12 p.

Plans de santé, réformes gouvernementales

D010b Projet Hôpital 2007 – Mission sur « La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale ».

D048 Institut national du cancer (2006), *Plan cancer 2003-2006. Ce qui a changé*, Institut national du cancer, avril 2006, 381 p.

D058 Dhos (2006), *Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière*, DHOS, juillet 2006, 99 p.

D116 Jeandel Claude, Pfitzenmeyer Pierre et Vigouroux Philippe (2006), *Un programme pour la gériatrie*, Ministère de la santé et de la solidarité, 54 p.

D122 Ministère de la santé et des solidarités (2006), *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010*, 3 mars 2006, 36 p.

D129 Le plan « solidarité grand âge »,
http ://www.premier-ministre.gouv.fr/information/actualites_20/plan-solidarite-grand-age_56083.html

D177 Bapt Gérard (2006), *Rapport d'information sur la mise en œuvre du Plan cancer*, Assemblée nationale, juillet 2006, 124 p.

Évolutions démographiques de la population

D021 Robert-Bobée Isabelle (2006), « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit », *Insee Première*, Insee, juillet 2006, n° 1089, 4 p.

D022 Nauze-Fichet Emmanuelle et Lerais Frédéric (2002), « Projections de population active. Un retournement progressif », *Insee Première*, Insee, mars 2002, n° 838, 4 p.

D023 Omalek Laure (2001), « Projections régionales de population pour 2030 : l'impact des migrations », *Insee Première*, Insee, septembre 2001, n° 805, 4 p.

D024 Brutel Chantal (2001), « Projections de population à l'horizon 2050. Un vieillissement inéluctable », *Insee Première*, Insee, mars 2001, n° 762, 4 p.

D025 Brutel Chantal et Omalek Laure (2003), « Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (horizon 2030/2050) », *Insee Résultats Société*, Insee, juillet 2003, n° 16, 40 p.

D145 Coudin Élise (2006), « Projections 2005-2050. Des actifs en nombre stable pour une population âgée toujours plus nombreuse », *Insee Première*, n° 1092, juillet 2006, 4 p.

D146 Léon Olivier et Godefroy Pascal (2006), « Projections régionales de population à l'horizon 2030. Fortes croissances au Sud et à l'Ouest », *Insee Première*, n° 1111, décembre 2006, 4 p.

D147 Daguet Fabienne (2006), « Dans quelles régions meurt-on le plus tard au début du XXIe siècle ? L'Ile-de-France s'impose comme une zone de faible mortalité », *Insee Première*, n° 1114, décembre 2006, 4 p.

D148 Degorre Arnaud et Redor Patrick (2007), « Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006. Les départements du Sud et du littoral atlantique gagnants au jeu des migrations internes », *Insee Première*, n° 1116, janvier 2007, 4 p.

D149 Richet-Mastain Lucile (2007), « Bilan démographique 2006 : un excédent naturel record », *Insee Première*, n° 1118, janvier 2007, 4 p.

D160 Conseil d'orientation des retraites (2007), *Retraites : questions et orientations pour 2008*, Paris, COR, Adopté en janvier 2007, 211 p.

Financement, management

D000b Conseil de l'hospitalisation (2005), *Rapport d'analyse et d'orientation de la politique de financement des établissements de santé*, Conseil de l'hospitalisation, juillet 2005, 32 p.

D064 Moisdon Jean-Claude (2000), « Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français », *Sociologie du travail*, n° 42, pp. 31-49.

D066 Durou Daniel (2006), « Organisation en pôles, T2A, pilotage médico-administratif. L'épreuve de vérité. Poursuite d'une réflexion sur l'expérience du CHU de Toulouse », *Technologie et santé*, Cneh, n° 58, avril-mai 2006, pp. 39-42.

D067 Santé Action sociale, Ufmict-Cgt, n° 479 du 6 décembre 2004, « Dossier médical partagé, dossier médical personnel », 4 p.

D109 Dhos (2005), *La réforme du régime budgétaire et comptable des établissements de santé*, Ministère de la santé et des solidarités, 168 p.

D118 Vasselle Alain (2006), *Rapport d'information sur la réforme du financement des établissements de santé*, Sénat, n° 298, avril 2006, 55 p.

D135 Crémieux François, Deugnier Marie (2007), « Principes de régulation des dépenses hospitalières », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 32-29.

D150 Legendre Marie-Caroline, Le Rhun Béatrice, Martin Myriam, Podevin Marie et Villeret Sébastien (2006), « Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2004 », *Études et résultats*, Drees, n° 489, mai 2006, 7 p.

D151 Legendre Marie-Caroline, Le Rhun Béatrice (2006), « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2003 et 2004 », *Études et résultats*, Drees, n° 498, juin 2006, 8 p.

D152 Haury Brigitte et Lombardo Philippe (2007), « « PLATINES », un site d'information sur les établissements de santé en France », *Études et résultats*, Drees, n° 550, janvier 2007, 8 p.

D153 Legendre Marie-Caroline, Le Rhun Béatrice (2007), « Les comptes d'exploitation des établissements participant au service public hospitalier entre 2001 et 2004 », *Études et résultats*, Drees, n° 553, février 2007, 4 p.

D154 Podevin Marie et Villeret Sébastien (2007), « Les investissements des établissements de santé de 1994 à 2004 », *Études et résultats*, Drees, n° 547, janvier 2007, 8 p.

D176 Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (2006), *Rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie*, HCASM, juillet 2006, 129 p.

Gestion des risques et de la qualité

D011 HAS (2006a), *La lettre d'information de la Haute Autorité de santé*, juillet-août 2006, n° 3, 8 p.

D012 HAS (2006b), *La lettre d'information de la Haute Autorité de santé*, mai-juin 2006, n° 2, 8 p.

D013 HAS (2006c), *La lettre d'information de la Haute Autorité de santé*, mars-avril 2006, n° 1, 8 p.

D014 Hôpital et développement durable, in *Revue des technologies de la santé*, mai-juin 2006.

D015 HAS (2005), *Évaluation des pratiques professionnelles. Mise en œuvre et perspectives. Dossier de presse*, Haute Autorité de santé, 29 juin 2005, 11 p.

D016 HAS (2006d), *Évaluation des pratiques professionnelles. « L'EPP sur le site de la HAS ». Extraits du site de la HAS*, HAS, 2 juin 2006.

D035 Commission européenne – DG « Santé et protection des consommateurs » et Présidence luxembourgeoise du Conseil de l'Union européenne (2005), *Sécurité du patient – En faire une réalité. Déclaration de Luxembourg sur la sécurité du patient*, Luxembourg, 5 avril 2005, 3 p.

D036 Haute Autorité de Santé (nd), *6 méthodes d'amélioration de la qualité*.

D037 ANAES (2004), *L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Conférence de consensus. Texte des recommandations version courte*, ANAES, janvier 2004, 21 p.

D038 ANAES (2003), *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*, ANAES, Direction de l'accréditation, janvier 2003, 114 p.

D039 ANAES (2002), *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux*, ANAES, mai 2002, 39 p.

D040 SETBON Michel (2000), « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du travail*, n° 42, pp. 51-68.

D042 GIROU Emmanuelle (2006), « Simplification des mesures d'hygiène dans la prévention des infections nosocomiales », *Réanimation*, n° 15, pp. 193-197.

D043 CARRICABURU Danièle (2005), « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, n° 47, pp. 245-262.

D119 VASSELLE Alain (2006), *Rapport sur la politique de lutte contre les infections nosocomiales*, Sénat, n° 421, et Assemblée nationale, n° 3188, juin 2006, 290 p.

D121 MINVIELLE ÉTIENNE *et alii* (2003), *COMPAQH. Rapport d'étape 2003*, ANAES, INSERM, CCECQA, 36 p.

D126 VALLENCIEN Guy (2006), *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, Rapport à l'attention de Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, avril 2006, 78 p.

D140 LEPAPE Alain (2007), « Qualité des soins, gestion des risques et infections nosocomiales », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 88-97.

Accueil : nouvelles demandes des usagers

D007 Nouvelle Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006. Droits des malades et démocratie sanitaire, 33 p.

D083 UNAF (2004), *Enquête Hôpital et parents : l'histoire d'une alliance indispensable*, UNAF, 2e semestre 2004, 38 p.

D088 LDH-UNAF (1995), « L'hôpital vu par ses usagers. Enquête de la LDH et de l'UNAF », *Réalités familiales. Revue de l'UNAF*, n° 34, mars 1995, pp. 4-16.

D089 UNAF (1997), « Dossier : L'hospitalisation des enfants », *Réalités familiales. Revue de l'UNAF*, n° 42/43, Juin juillet 1997.

D125 CICOUREL Aaron V. (2002), « La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé. Organisation et communication en régime de « surcharge cognitive », *Actes de la recherche en sciences sociales*, juin 2002, n° 143, pp. 3-17.

D136 DUBIN Jacques (2007), « La place du patient », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 40-51.

D137 DREYFUSS Didier, GARAPON Antoine, LE BLANC Guillaume, MORIN Jean-Marc (2007), « Médecine-justice : quelle responsabilité ? – Table ronde », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 52-65.

D142 DREYFUSS Didier et LEMAIRE François (2007), « Fin de vie : pour une entente des malades et des médecins », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 107-117.

D143 GUINCHARD Paulette et LEGRAIN Sylvie (2007), « La dépendance du grand âge. Entretien avec François Crémieux », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 118-129.

D168 FAGNIEZ Pierre-Louis (2007), *Le masquage d'informations par le patient dans son DMP*, Rapport au ministre de la santé et des solidarités, 30 janvier 2007, 15 p.

Recherche, innovations techniques, organisation technique

D005 DHOS (2005), *Circulaire relative à l'organisation de la recherche clinique et au renforcement des personnels de recherche*, Circulaire n° DHOS/OPRC/2005/252 du 26 mai 2005.

D005a L'aide à la dynamique de la recherche clinique dans les établissements de santé.

D005b Liste des innovations financées par le programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses et nombre d'équipes concernées.

D005c Soutien aux techniques à l'interface de la recherche et de l'application et pratique oncologique habituelle.

D005d Le soutien à certains soins, techniques, médicaments et dispositifs médicaux rares et/ou coûteux.

D008c GEORGIN D., NATAN J., SZYMCZAK H. ET FARGES G. (2005), « Management de l'externalisation de la maintenance biomédicale », Revue ITBM-RBM, décembre 2005, Vol. 26, n° 6, pp. 7-11.

D009a ANDRÉ Jean, DECOUVELAERE Martine et PLONQUET Frédérique (2006), « Innovations pour les usages d'un hôpital de demain. Les nouvelles organisations et la conception des plateaux techniques de demain », *Forum de l'Hôpital public*, mai 2006.

D010a SNITEM (2006), *Les technologies médicales : créer les instruments du progrès médical*, Dossier de Presse, mars 2006 – SNITEM.

D017 GOUGET Bernard (2006), « Laboratoires de biologie hospitaliers et laboratoires de ville. Nouveaux modes de collaboration et de restructuration », *Techniques hospitalières. Revue des technologies de la santé*, 61e année, n° 697, mai-juin 2006, pp. 65-76.

D041 AMAR Laure et MINVIELLE Étienne (2000), « L'action publique en faveur de l'usager : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. Le cas de l'obligation d'informer le malade », *Sociologie du travail*, n° 42, pp. 70-89.

D049 Circulaire DHOS/OPRC/2004/n° 346 du 22 juillet 2004 relative à un appel à projet en vue du renforcement des personnels de recherche clinique en cancérologie.

D139 DEUNIER Yves (2007), « L'avenir de la recherche clinique à l'hôpital », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 76-87.

SI, logistique

D002 DHOS (2001), *L'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé. Approche par l'analyse de la valeur. Quels projets pour quels objectifs*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, mai 2001, 128 p.

D069 Santé Action sociale, Ufmict-Cgt, n° 512 du 26 juin 2006, « L'impossible informatique hospitalière ! », 4 p.

D105 GROS Jeannette (2002), *Santé et nouvelles technologies de l'information*, Conseil économique et social, 147 p.

D107 Université de Bourgogne, CHU de Dijon, ASLOG, COLOG (nd), *Logistique hospitalière. Enquête bisannuelle sur la fonction logistique au sein des établissements de santé français*, Diaporama, 16 p.

D120 JÉGOU Jean-Jacques (2005), *Rapport d'information sur l'informatisation dans le secteur de la santé*, Sénat, n° 62, novembre 2005, 65 p.

D108 BISCH F. (nd), *La Fonction logistique*, Diaporama, CHU de Dijon, Commission logistique hospitalière de l'Aslog, 14 p.

A2. Emplois-métiers

Données de cadrage

D003a BESSIÈRE Sabine (2005), « Féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue Française des Affaires Sociales*, 59e année, n° 1, janvier-mars 2005, pp. 19-34.

D003b LAPEYRE Nathalie et LE FEUVRE Nicky (2005), « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue Française des Affaires Sociales*, 59e année, n° 1, janvier-mars 2005, pp. 59-81.

D004 CREDES (2000), *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement*, Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale, octobre 2000, 357 p.

D068 Santé Action sociale, Ufmict-Cgt, n° 493 du 5 septembre 2005, « Santé et satisfaction au travail des soignants », 4 p.

D079 « La France ouvre progressivement son marché du travail aux salariés de l'Est », *Bref social*, n° 14619, mercredi 3 mai 2006, p. 2.

D080 AUGUSTE Olivier (2006), « L'État pilote à vue son personnel hospitalier », *Le Figaro*, vendredi 12 mai 2006, p. 22.

D091 CASTRA Michel (2004), « Faire face à la mort : Réguler la « bonne distance » soignants-malades en unité de soins palliatifs », *Travail et emploi*, n° 97, janvier 2004, pp. 53-64.

D097 Cour des comptes (2006), *Les personnels des établissements publics de santé*, Rapport public thématique, mai 2006, 165 p.

D099 ESTRYN-BEHAR Madeleine *et alii* (2004), *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*, Étude PRESS-NEXT, 47 p.

D100 DEMAILLY Lise (1998), « La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels », *Travail et emploi*, DARES, mars 1998, n° 76, pp. 3-24.

D101 CREDOC, GREFOSS, LERFAS (2002), *Contrat d'étude prospective social et médico-social de la branche professionnelle des établissements à but non lucratif*, DARES, septembre 2002, 326 p.

D131 JOUNIN Nicolas et WOLFF Loup (2006), *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*, CEE, Rapport de recherche n° 32, septembre 2006, 130 p.

D132 CHEVANDIER Christian (1997), *Les métiers de l'hôpital*, Paris, Éditions La Découverte, 123 p.

D158 BOURGUEIL Yann, DÜRR Ulrike, DE POUVOURVILLE Gérard et ROCAMORA-HOUZARD Sophie (2002), « La régulation des professions de santé – études monographiques. Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, États-Unis. Rapport final », *Document de travail. Série études*, DREES, n° 22, mars 2002, 236 p.

D159 BOURGUEIL Yann, MOUSQUÈS Julien et TAJAHMADI Ayden (2006), *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France*, Paris, IRDES, 70 p.

D166 AUDRIC Sophie, BRAHAMI Abdénor, BRIZARD Agnès (2003), « Les rémunérations dans les établissements de santé privés. Évolutions 1999-2001 et comparaisons avec l'ensemble du secteur hospitalier », *Premières informations et Premières synthèses*, DARES, n° 16.2, avril 2003, 8 p.

D180 LE LAN Romuald (2006a), « La réduction du temps de travail vue par les salariés hospitaliers en 2003 », *Études et résultats*, DREES, n° 469, mars 2006, 8 p.

D181 TONNEAU Dominique (2003), « La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation », *Document de travail. Série études*, DREES, n° 35, octobre 2003, 117 p.

D182 LE LAN Romuald (2006b), « Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès de 5 000 actifs des établissements de santé », *Document de travail. Série statistiques*, DREES, n° 102, août 2006, 102 p.

Démographie des professions de santé, gestion des âges

D018 ONEMFPH (2003), *Données démographiques Horizon 2015*, DHOS, mai 2003, 24 p.

D019 BESSIÈRE Sabine, BREUIL-GENIER Pascale et DARRINÉ Serge (2004a), « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et Résultats*, DREES, novembre 2004, n° 352, 12 p.

D020 BESSIÈRE Sabine, BREUIL-GENIER Pascale et DARRINÉ Serge (2004b), « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections », *Études et Résultats*, DREES, novembre 2004, n° 353, 12 p.

D026 SICART Daniel (2006), « Les évolutions démographiques des professions de santé », *Dossiers Solidarité et Santé*, La Documentation Française, janvier-mars 2006, n° 1, pp. 7-22.

D027 ONDPS (2005), *Synthèse générale Rapport 2004*, ONDPS, 60 p.

D028 ONDPS (2006), *Synthèse générale Rapport 2005*, ONDPS, 60 p.

D029 Ministère de la Santé et des Solidarités (2006), *Dossier de presse « Réponses au défi de la démographie médicale*, Ministère de la Santé et des Solidarités, mercredi 25 janvier 2006, 16 p.

D030 CHARDON Olivier, ESTRADE Marc-Antoine et TOUTLEMONDE Fabien (2005), « Les métiers en 2015 : l'impact du départ des générations du baby-boom », *Premières Informations Premières Synthèses*, DARES, décembre 2005, n° 50.1, 8 p.

D031 MIDY Fabienne, LEGAL Renaud et TISSERAND Françoise (2005), « La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins »,

Questions d'économie de la santé. Bulletin d'information en économie de la santé, IRDES, décembre 2005, n° 101, 4 p.

D032 DARRINÉ Serge (2003), *Projection du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020. Sources, méthodes, principaux résultats*, DREES, Document de travail Série études, septembre 2003, n° 34, 38 p.

D034 COLLET Marc (2003), *Projection du nombre de pharmaciens en activité en France à l'horizon 2030. Sources, méthodes et principaux résultats*, DREES, Document de travail, Série études, novembre 2005, n° 54, 108 p.

D056 BERLAND Yvon (2005), *Rapport de la Commission de la démographie médicale*, Ministère de la santé et de la protection sociale, 61 p.

D057 BERLAND Yvon (2002), *Rapport de la Mission « Démographie des professions de santé »*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 113 p.

D060 DELAHAYE-GUILLOCHEAU Valérie, FLAMANT Pascale, JEANDET MENGUAL Emmanuèle, AUDIGE Thomas (2005), *Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social. L'exemple de la filière soignante et des métiers de l'aide à la personne*, IGAS, mai 2004, Rapport n° 2004057, 112 p.

D102 CREDES et CNAMTS (2001), *Démographie médicale. Peut-on évaluer les besoins en médecins ? Actes du séminaire du 11 octobre 2000*, CREDES, Biblio n° 1341, mars 2001, 155 p.

D138 SAINT-ANDRÉ Jean-Paul et RICHARD Isabelle (2007), « La crise de la démographie médicale : une illusion ? », *Esprit*, n° 331, janvier 2007, pp. 65-75.

D169 BERLAND Yvon (2006), *Mission « Démographie médicale hospitalière*, septembre 2006, 201 p.

Description, classification, évolutions des métiers et des compétences

D000a ONEMFPH – Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, CD-ROM.

D003c ACKER Françoise (2005), « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue Française des Affaires Sociales*, 59e année, n° 1, janvier-mars 2005, pp. 161-181.

D003d SCHWEYER François-Xavier et METZGER Jean-Luc (2005), « Entre profession, organisation et marché : le cas des ingénieurs biomédicaux hospitaliers », *Revue Française des Affaires Sociales*, 59e année, n° 1, janvier-mars 2005, pp. 183-205.

D004a MATILLON Yves (2003), *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, Rapport de mission, août 2003, 94 p.

D006 BERLAND Yvon (2003), *Rapport d'étape de la mission « Coopération de professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes, octobre 2003, 57 p.

D008a DECOUVELAERE Martine (2005), « Ingénieur biomédical hospitalier : quelles perspectives ? », *Revue ITBM-RBM*, avril 2005, Vol. 26, n° 2, pp. 8-11.

D008b PINAUDEAU Didier (2005), « Interview de Raymond Carrier, Président de l'Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec », *Revue ITBM-RBM*, Juin juillet 2005, Vol. 26, n° 3-4, pp. 3-7.

D047 Observatoire de la fonction publique (2006), *Rapport annuel 2004-2005*, Paris, La Documentation française, 198 p.

D052 ONEMFPH (2003), *Les personnels des établissements publics de santé de la fonction publique hospitalière. Données chiffrées par âge et sexe au 31 décembre 2001*, DHOS, 87 p.

D053 ONEMFPH (2005), *Premier rapport pluriannuel 2002-2004*, DHOS, 134 p.

D054 DHOS – OBEA (2000), *Étude des activités et des métiers émergents dans les établissements de santé au titre du programme nouveaux services emplois jeunes, Direction des hôpitaux*, 147 p.

D055 DHOS (2006), *Complémentarité entre les professions de la santé*, Diaporama, Lyon DS 15 mars 2006.

D059 PERRIN-NIQUET A., MESSIAEN E., VÉROT J.-P. et LEMOINE F. (2000), *Une spécialisation en psychiatrie et santé mentale. Pour quoi ? Pour qui ? Propositions*, Comité d'études des formations infirmières et Association nationale française des infirmières et des infirmiers diplômés et des étudiants, septembre 2000, 40 p.

D065 BOURGUEIL Yann, MAREK Anna, MOUSQUES Julien (2005), « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 95, juin 2005, 12 p.

D071a FHF-LEEM (2006), *Les métiers de la recherche clinique. Extrait de la synthèse des réflexions engagées par la FHF/CNCR avec le LEEM pour la mise en place du GIP « CenGEPS »*, juillet 2006, 5 p.

D071b TATU Stéphane (2006), *L'orthophonie… Le métier, aujourd'hui*, Fédération nationale des orthophonistes, 27 p.

D072 Observatoire national des métiers et des compétences des centres de lutte contre le cancer (2004), *Bilan d'activité 2003-2004. Tableau de synthèse*, FNCLCC, juin 2004, 3 p.

D073 Observatoire national des métiers et des compétences des centres de lutte contre le cancer (2005), *Bilan d'activité 2004-2005. Tableau de synthèse*, FNCLCC, septembre 2005, 5 p.

D077 DGS (2002), *Groupe de travail relatif à « l'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé ». Annexe II – Comptes-rendus des réunions du groupe. Contributions thématiques*, DGS, avril 2002, 186 p.

D078 DGS (2002), *Groupe de travail relatif à « l'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé ». Annexe III – Éléments concernant les démographies professionnelles*, DGS, avril 2002, 93 p.

D090 LE COURTOIS Hélène, POTIER Anne et SAMOUILHAN Sofia (2005), « Aide-soignante. Un métier en mouvement », *Formation Santé Social*, octobre 2005, n° 3, pp. 6-17.

D092 AUGÉ Pascale (2005), « *Les transferts de compétences », Rencontres ressources humaines et management*, Diaporama, jeudi 6 octobre 2005, 25 p.

D093 BOURGUEIL Yann, MAREK Anna, MOUOSQUES Julien (2006), *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes. Rapport d'étude et actes de la journée du 16 juin 2005*, IRDES, Biblio n° 1624, mars 2006, 96 p.

D094 COM-RUELLE Laure, DOURGNON Paul, MIDY Fabienne (2002), *L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile*, CREDES, Biblio n° 1390, août 2002, 100 p.

D095 MIDY Fabienne, CONDINGUY Sophie et DELAMAIRE Marie-Laure (2005), « La profession de sage-femme : trajectoire, activités et conditions de travail », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 102, décembre 2005, 4 p.

D098 VILBROD Alain, DOUGUET Florence, LEFEUVRE Sonia et LE MINOUX Nadège (2006), *Le métier d'infirmière libérale*, DREES, Document de travail, Série études, n° 58, avril 2006, Deux tomes, 195 p. (tome I) ; 221 p. (tome II).

D103 COM-RUELLE Laure, MIDY Fabienne, ULMANN Philippe (2000), *La profession infirmière en mutation. Éléments de réflexion à partir d'exemples européens*, CREDES, Biblio n° 1318, octobre 2000, 164 p.

D117 Suarez Cathy (2002), « La télémédecine : quelle légitimité d'une innovation radicale pour les professionnels de santé ? », *Revue de l'Ires*, n° 39, 2002-2, pp. 1-29.

D162 Coudray Marie-Ange (2006), « Un futur infirmier à penser au présent », *Soins*, n° 711, décembre 2006, pp. 86-88.

D163 Darras Élisabeth *et alii*. (2003), *La profession infirmière en crise ? Une recherche sur le concept de soi professionnel des infirmiers*, Louvain, Unité des sciences hospitalières et médico-sociales, Université catholique de Louvain, 100 p.

D164 Delannoy Cathy et Mairlot Anne Françoise (2007), « L'infirmière en pratique avancée aux USA et au Canada : une infirmière clinicienne », *Intervention au IXe Congrès européen Infirmières cliniciennes*, Lausanne, 24-25 janvier 2007, 42 p.

D178 Berland Yvon et Bourgueil Yann (2006), *Rapport « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé »*, ONDPS, juin 2006, 135 p.

Prospective des métiers

D001 Commissariat général au plan (2005), *Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004*, CGP, mai 2005, 52 p.

D033 Chirache Sylvère et Sauvageot Claude (2006), « Prospective emploi-formation à l'horizon 2015 », *Note d'information*, MineducEsr, février 2006, n° 06.03, 6 p.

D167 Chardon Olivier et Estrade Marc-Antoine (2007), *Les métiers en 2015*, Paris, Centre d'analyse stratégique/DARES, Rapport du groupe « Prospective des métiers et qualifications », janvier 2007, 179 p.

Formation

D084 Marquier Rémy (2005), « Les cinq premières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale », *Études et résultats*, Drees, n° 393, avril 2005, 12 p.

D096 Pinaud Michel (2004), *Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social*, Avis et rapports du Conseil économique et social, n° 22, juillet 2004, 234 p.

D127 Circulaire n° DHOS/P2/2005/257 du 30 mai 2005 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière.

D128 Circulaire n° DHOS/P2/2005/257 du 30 mai 2005 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière.

D130 Thuillez Christian (2006), *Rapport de la commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD*, juillet 2006, 25 p.

D155 Marquier Rémy (2006), « Les étudiants en soins infirmiers en 2004 », *Études et résultats*, Drees, n° 458, janvier 2006, 12 p.

D156 Dantan Sophie et Marquier Rémy (2006), « Les étudiants en formations paramédicales en 2004 », *Études et résultats*, Drees, n° 540, novembre 2006, 8 p.

D157 Hardy-Dubernet Anne-Chantal et Faure Yann (2006), « Le choix d'une vie… Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005 », *Document de travail. Série études*, Drees, n° 66, décembre 2006, 95 p.

D165 Crep-Asi (2003), « Formation des infirmières cliniciennes : référentiel de compétences », *Intervention au Congrès de l'Association suisse des infirmières*, Montreux, juin 2003, 11 p.

D170 HARDY Jacques (2006), *Fonder l'École des hautes études en santé publique*, Mission EHESP, juin 2006, 95 p.

D183 MARQUIER Rémy et IDMACHICHE Salah (2006), « Les débuts de carrière des infirmiers diplômés en 2001 », *Document de travail. Série études*, DREES, n° 59, mai 2006, 58 p.

2. Liste des experts auditionnés

Annandale-Massa Denise	Directrice du Développement des ressources humaines, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer.
Aronica Elvire	chef du bureau Qualité et sécurité des soins en établissements de santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de la santé et des solidarités.
Augé Pascale	Centre national de l'expertise hospitalière, pôle ressources humaines, consultante.
Bara Christine	directrice du Département « Amélioration de la qualité des soins et de l'accès aux innovations », Institut national du cancer.
Bardet Laurence	directrice des ressources humaines, Haute Autorité de santé.
Berland Yvon (professeur)	président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.
Bourgueil Yann	directeur de recherche, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.
Boyer Hélène	déléguée générale adjointe, chargée des ressources humaines, Fédération hospitalière de France.
Briand Yolande	secrétaire générale de la Fédération santé CFDT.
Brun Nicolas	représentant de l'Union nationale des associations familiales au sein du collectif interassociatif sur la santé.
Bugat Roland	directeur du Département « Enseignement, formation et éducation » Institut national du cancer.
Cases Chantal	directrice de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.
Castex Jean	directeur de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de la santé et des solidarités.
Chaboissier Mercedes	chargée de mission Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France.
Comruelle Marie-Laure	directeur de recherche à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.
Coudray Marie-Ange	conseillère pédagogique, bureau des professions paramédicales, des statuts et personnels hospitaliers.
Couty Édouard	conseiller maître, Cour des comptes.
De Kervasdoué Jean	professeur au Conservatoire national des arts et métiers.

Debrosse Denis	chargé de mission accompagnement des réformes auprès du directeur de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins.
Decouvelaere Martine	ingénieur biomédical aux Hospices Civils de Lyon, présidente de l'Association française des ingénieurs biomédicaux.
Ducasse Denis	adjoint au chef du bureau Systèmes d'Information hospitaliers et PMSI, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de la santé et des solidarités.
Geoffroy Loïc	délégué général de la Fédération de l'Hospitalisation privée.
Gouget Bernard	coordonnateur du pôle médical et pharmaceutique, Fédération hospitalière de France.
Guéneau-Castilla Béatrice	secrétaire générale de l'Agence de la biomédecine.
Guyader Cécile	adjointe à la sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de la santé et des solidarités.
Hardy Jacques (Professeur)	directeur de l'Établissement français du sang.
Hesbeen Walter	directeur Institut La Source.
Houssin Didier (Professeur)	directeur général de la santé, Ministère de la santé et des solidarités.
Hubin Jérôme	Direction Système d'Information, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.
Ichkanian Georges	DRH à la Compagnie Générale de santé.
Jamot Murielle	adjointe, Pôle « organisation sanitaire et médico-sociale » de la Fédération Hospitalière de France.
Jeancourt Daniel	Direction des Systèmes d'Information, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.
Jovic Ljiljana	conseillère technique en soins, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France.
Kalb Nicole	UNSA Santé et Sociaux.
Lagarde Dominique	chargée de mission sur la pharmacie et les médicaments, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de la santé et des solidarités.
Labhib Dominique	Fédération de la santé et de l'action sociale CGT.
Lainé Frédéric	chargé d'études à l'OREF Île-de-France.
Lambert Patrick	secrétaire Générale de la Haute Autorité de santé.
Langlois François	délégué général de l'Association des régions de France.
Lebout Patrick	Fédération de la santé et de l'action sociale CGT.
Lebrun JM	direction des systèmes d'information, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.
Lepage Éric (Professeur)	Département d'information médicale, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.
Loubière André	Département de l'hospitalisation, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.
Maes Chantal	chargée de mission au bureau Ingénierie et techniques hospitalières, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.
Mignot Bertrand	Pôle social, Fédération de l'hospitalisation privée.

Misse Christophe	chargé de mission à la Mission OPRC, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de la santé et des solidarités.
Molinié Éric	membre du Conseil économique et social.
Nicolas Guy (Professeur)	conseiller médical du Directeur de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins.
Gallet-Ferrier Nicole	Fédération Hospitalière de France.
Orvain Jacques	directeur des études et de la recherche, École nationale de la santé publique.
Pataridzé Sophie	chef unité de gestion du personnel, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
Pellissié Manuel	président adjoint de l'Observatoire prospectif des métiers et des qualifications de la branche UNIFED.
Peurichard Hubert	Directeur du développement des ressources humaines, Assistance Publique- Hôpitaux de Paris.
Pinto Nathalie	juriste au secteur des relations du travail, FEHAP.
Pourrière Jean-Louis	responsable de la filière Directeurs des soins, École nationale de la santé publique.
Ravinet Dominique	médecin conseil, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.
Renaud André	délégué permanent SNCH.
Revel Myriam	sous-directrice de l'organisation du système de soins, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de la santé et des solidarités.
Rouchès-Kœunig Véronique	Institut national du cancer.
Saint-Etienne Mireille	formatrice École des cadres de santé, Hôpital Sainte-Anne.
Schweyer François-Xavier	enseignant-chercheur, École nationale de la santé publique.
Trégoat Jean-Jacques	directeur général de l'action sociale, Ministère de la santé et des solidarités.
Verrier Bernard	chef de service, Direction générale de l'action sociale, Ministère de la santé et des solidarités.

3. Contributions écrites d'associations professionnelles

Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (AFPPE)
Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)
Fédération générale cfdt des mines et de la métallurgie (FGMM-CFDT)
Groupement infirmier pour la formation en endoscopie (GIFE)

4. Participants aux groupes focus

Albertini Laure	chef de bureau, AP-HP
Amory Audrey	chargée de mission, FHF
Amouroux Thierry	CFE-CGC
Bareteau Andrée	FHF
Barthes Richard	chargé de mission « emploi formation » bureau P2 DHOS
Baussart Lysiane	coordonnateur général, CH Rambouillet
Beaumont Laurent	cadre supérieur de santé, CH Vinatier
Bensenae Jaber	directeur des Affaires Médicales, SNITEM
Boiteux Anne	directrice rédactions professionnelles, Elsevier-Masson
Bonté Daniel	cadre supérieur, Fédération Santé CFE-CGC, CHI Villeneuve St-Georges
Botreau-Roussel Pierre	chef de la mission OPRC, DHOS
Boyer Hélène	déléguée générale adjointe, FHF
Brayda-Casabonne Frédérique	chef de projet logistique, CFTO/CHU Bicêtre
Bressand Michelle	coordonnateur général des soins AP-HP
Broyart Anne	chargé de mission, DHOS (Bureau E2)
Brument A.	directeur de soins ARH 76
Brun Fernand	cadre supérieur Fédération santé FO, CHI Toulon
Cazelles Bertrand	directeur adjoint, CHU de Strasbourg
Chaminade Anne	EHPAD Couraloux, directeur
Cosneau André	DSI, CH Saumur
Coudray Marie-Ange	conseillère pédagogique nationale, DHOS (bureau P2)
Daubech Lin	directeur des affaires juridiques, CHU de Bordeaux
Daumur B.	directeur CH Montauban,
De Bihan Corinne	Fédération SUD Santé sociaux
Decouvelaere Martine	ingénieur biomédical, Hospices Civils de Lyon
Delrue Luc.	représentant FO à l'ONEM
Djaguidi Gaëtan	DRH, CHS Moiselle
Dordonnat Aline	cadre expert SI, Cochin St Vincent de Paul
Doré Anne-Marie	conseillère technique nationale en soins infirmiers, DHOS

Ducasse Denis	DHOS, Bureau E3
Dujols Pierre	PU-PH, CHU Montpellier
Dupont Marc	adjoint directeur des affaires financières, AP-HP
Durou Daniel	consultant interne, CHU de Toulouse
Faure François	Ingénieur biomédical, CHU d'Angers
Fougères Jean-Pierre	représentant CFDT à l'ONEM
Fremont Frédérique	ingénieur organisation, CHIRB Aulnay-sous-Bois
Gaultier Danielle	directrice adjointe, AP-HP Saint-Louis
Gelpi Odile	directrice adjointe, Hospices Civils de Lyon
Girard Florence	directeur des soins en formation, ENSP
Gouget Bernard	conseiller santé publique, FHF
Guerrand Stéphane	directeur des soins en formation, ENSP
Guingouain Marylène	coordinatrice générale des soins adjointe, AP-HP
Hache Marie-Christine	DAFA, CH Compiègne
Houver Jacques	cadre socio-éducatif, CH Le Vinatier
Itty Jean-François	directeur adjoint AP-HP
Jeammot Christophe	consultant Pollen Conseil
Jean Philippe	directeur des affaires médicales et de l'administration générale, CH de Pau
Juricic Hughes	consultant Pollen Conseil
L'Hostis Anne	Conseiller technique mission OPRC, DHOS
Laluc Alexandrine	chargée de mission, ARH Franche-Comté
Larose Catherine	chargée de mission, DHOS (Bureau 04)
Lascols Sidonie	directeur du contrôle de gestion, CHU de Nice
Lefevre Jean-Jacques	adjoint chef de bureau O3 DHOS,
Lehuraux Emmanuel	cadre de santé, Fédération CFDT Santé Sociaux
Lesteven Pierre	FHF
Lethieu Christian	DIR Logistique, CHU de Lille
Lombard Cécile	chargé de mission, bureau P2 DHOS
Losson Sylviane	DRH, CH Epsan
Machon Luc-Olivier	directeur adjoint, CHU de Nantes
Maës Chantal	chargée de mission, DHOS
Manzi Isabelle	DHOS bureau E1
Marchant Geneviève	coordonnatrice générale des soins, AP-HP
Martinez Fabien	responsable mission nouvelles organisations, AP-HP
Mathieu Alain	responsable études, CHU Grenoble
Mayjonade Philippe	directeur hôtelier, CHRU Lille
Monier R.	ADEF
Montagnier-Petrissans Catherine	responsable CEDIT, AP-HP
Motto Didier	coordonnateur médico-technique, Institut Gustave-Roussy
Mulot Éric	consultant Pollen Conseil
Pernot Françoise	cadre supérieur, CH Le Vinatier
Petyst de Morcourt Thierry	ingénieur en chef, CHU de Tours représentant CFE CGC à l'ONEM

Pibardi Marie-Laure	praticien hospitalier, AP-HP (siège DPH)
Piettre François	consultant TEMSIS – Pollen Conseil
Pozzo Di Borgo J.C.	directeur CH Aix-en-Provence,
Quesada Françoise	directeur exécutif GHU APHP,
Runigo Marie-Renée	ingénieur sécurité, AP-HP
Russo Dominique	directeur, EPHAD Levallois représentant l'UNSA
Serre Olivier	contrôleur de gestion, CH Le Vinatier, Lyon
Valmary Dominique	directeur général, CH Le Vinatier
Véron Frédéric	adjoint chef de bureau F4, DHOS
Wittmann Marie-France	directrice des soins, FHF

5. Liste des sigles employés

AC	Audit clinique
ACC	Audit clinique ciblé
ADELI	Automatisation des listes des professions de santé
AFIB	Association française des ingénieurs biomédicaux
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AHU	Année hospitalo-universitaire
AIS	Acte infirmier de soins
ALD	Affections de longue durée
AMDE	Analyse des modes de défaillances et de leurs effets
AMDEC	Analyse des modes de défaillances, de leurs effets et de leur criticité
AMI	Acte médical infirmier
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANKS	Association nationale des kinésithérapeutes salariés
APD	Analyse préliminaire des dangers
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARHIF	Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France
ARSI	Association de recherche en soins infirmiers
ASH	Agent des services hospitaliers
ASHQ	Agent des services hospitaliers qualifiés
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
BDHF	Banque de données hospitalière de France
BDSP	Banque de données santé publique
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CARPIMKO	Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues, orthophonistes et orthoptistes
CAVP	Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens
CC	Chemin clinique
CCAM	Classification commune des actes médicaux

CESU	Centre d'enseignement des soins d'urgence
CHG	Centre hospitalier général
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIC	Centre d'investigation clinique
CME	Commission médicale d'établissement
CMH	Coordination médicale hospitalière
CMU	Couverture maladie universelle
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés
CNEH	Centre national d'expertise hospitalière
CNOSF	Conseil national de l'ordre des sages-femmes
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNOP	Conseil national de l'ordre des pharmaciens
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CROSS	Commission régionale d'organisation sanitaire et sociale
CTE	Commission technique d'établissement
DES	Directeur d'établissement social
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DESS	Directeur d'établissement sanitaire et social
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGF	Dotation globale de financement
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM	Département de l'information médicale
DMI	Dispositifs médicaux implantables
DMP	Dossier médical personnel
DPA	Dossier du patient
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRC	Délégations à la recherche clinique
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSIO	Direction des systèmes d'information et de l'organisation
ECN	Épreuve classante nationale
EFS	Établissement français du sang
EHESP	École des hautes études en santé publique
EHPA	Établissements d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENSP	École nationale de la santé publique
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Établissement public social
EPSMS	Établissement public social et médico-social
ERP	Enterprise ressource planning

ES	Établissements sociaux
ESI	Étudiants en soins infirmiers
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif
FFMKR	Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FNO	Fédération nationale des orthophonistes
FPH	Fonction publique hospitalière
GEC	Groupe d'étude clinique
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GFL	Gestion des fonctions logistiques
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GIFE	Groupement des infirmiers et infirmières pour la formation en endoscopie
GRSP	Groupement régional de santé publique
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie
HCSP	Haut comité de la santé publique
HL	Hôpital local
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État
ICF	Indicateur conjoncturel de fécondité
IFCS	Institut de formation des cadres de santé
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IRM	Imagerie à résonance magnétique
ISA	Indicateur synthétique d'activité
LABM	Laboratoire d'analyse de biologie médicale
MAINH	Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
MEP	Médecin ayant un exercice particulier
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MILC	Mission interministérielle de lutte contre le cancer
MOSAR	Méthode organisée et systémique d'analyse de risque
MRS	Mission régionale de santé

MSP	Maîtrise statistique des processus en santé
ODMCO	Objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance-maladie
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ONEMFPH	Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière
OPC	Organisation de la prise en charge des patients
OQN	Objectif quantifié national
ORS	Observatoire régional de la santé
PADHUE	Praticien à diplôme hors Union européenne
PAQ	Programme d'amélioration de la qualité
PARM	Permanencier auxiliaire de régulation médicale
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCEM	Premier cycle des études médicales
PCEP	Premier cycle des études de pharmacie
PERNNS	Pôle d'expertise et de référence nationale des nomenclatures de la santé
PH	Praticiens hospitaliers
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PMI	Protection maternelle infantile
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
PNSE	Plan national santé – environnement
POSU	Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences
PRSP	Plan régional de santé publique
PSPH	Participant au service public hospitalier (établissement privé PSPH)
PUI	Pharmacie à usage intérieur
PU-PH	Professeurs d'université – Praticiens hospitaliers
QPR	Qualité et prévention des risques
QS	Qualité des soins
QTS	Qualité technique des soins
RMM	Revue de mortalité morbide
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RPS	Revue de pertinence des soins
RSS	Résumé de sortie standardisé
SAE	Statistiques annuelles des établissements de santé
SAU	Service d'accueil des urgences
SFAR	Société française d'anesthésie et de réanimation
SFMG	Société française de médecine générale
SHAM	Société hospitalière d'assurances mutuelles
SIOS	Schéma interrégional d'organisation sanitaire
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNCH	Syndicat national des cadres hospitaliers
SNITEM	Syndicat national de l'industrie des technologies médicales

SNKO	Syndicat national des kinésithérapeutes ostéopathiques
SNMKR	Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs
SPE	Statistiques périodiques des personnels des établissements de santé
SPH	Service public hospitalier
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
STATISS	Statistiques et indicateurs de la santé et du social
T2A	Tarification à l'activité
TEP	Tomographes à émission de positons
TMA	Tierce maintenance applicative
UNAF	Union nationale des associations familiales
UNIFED	Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social
UPATOU	Unité de proximité, d'accueil et de traitement et d'orientation des urgences
URCAM	Union régionale des Caisses d'assurances maladies
URML	Union régionale de médecins libéraux
USLD	Unité de soins longue durée

6. Répertoire de sites Internet

Agence de la biomédecine
http ://www.agence-biomedecine.fr/

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
http ://agmed.sante.gouv.fr

Agence technique de l'information hospitalière
http ://www.atih.sante.fr

Assemblée suisse romande infirmières cliniciennes
http ://www.asric.ch/

Association française des coordonnateurs hospitaliers
http ://www.afch.info.fr

Association française des ingénieurs biomédicaux
http ://www.afib.asso.fr

Assistance publique Hôpitaux de Paris
http ://www.aphp.fr

Association des médecins urgentistes hospitaliers de France
http ://www.amuhf.com

Association pour le développement de l'Internet en pharmacie hospitalière
http ://www.adiph.org/

Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
http ://www.anfh.asso.fr

Association de recherche en soins infirmiers
http ://arsi.asso.fr

Banque de données santé publique
http ://www.bdsp.tm.fr

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
http ://www.cnsa.fr

Centre national d'expertise hospitalière
http ://www.cneh.fr

Compagnie générale de santé
http ://www.generale-de-sante.fr

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
http ://www.sante.gouv.fr/drees/

Dossier médical personnel
http ://www.d-m-p.org

École nationale de santé publique
http ://www.ensp.fr

Établissement français du sang
http ://www.dondusang.net

Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif
http ://www.fehap.fr

Fédération hospitalière de France
www.fhf.fr

Fédération de l'hospitalisation privée
www.fhp.fr

Fédération des praticiens de santé
http ://www.la-fps.fr

Fondation Médéric Alzheimer
http ://www.fondation-mederic-alzheimer.org

Générale de santé
http ://www.generale-de-sante.fr

Groupement des infirmières et infirmiers pour la formation en endoscopie
http ://www.infirmieres-gife.org

Haute Autorité de santé
http ://www.anaes.fr

Haut comité de la santé publique
http ://hcsp.ensp.fr

Hospimedia
http ://www.hospimedia.fr

Institut national de la santé et de la recherche médicale
www.inserm.fr

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
http ://www.irdes.fr

Institut de veille sanitaire
http ://www.invs.sante.fr

Ministère de la santé et des solidarités
http ://www.santesolidarites.gouv.fr

Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
http ://www.mainh.sante.gouv.fr

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
http ://www.meah.org

Observatoire national de la démographie des professions de santé
http ://www.sante.gouv.fr/ondps/

Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière
http ://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/onemfph/

Réforme de l'assurance-maladie
http ://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/index.htm

Réformes hospitalières
http ://www.reformes-hospitalieres.com

Société française de médecine générale
http ://www.sfmg.org

Syndicat national de l'industrie des technologies médicales
http ://www.snitem.fr

Syndicat national des pharmaciens praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers universitaires
http ://www.snphpu.org

Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social
http ://www.unifed.fr

Union nationale des associations familiales
http ://www.unaf.fr

L'*Étude prospective* a été réalisée dans le cadre des travaux de l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière (ONEMFPH). Ce dernier a été créé par le décret n° 2001-1347 du 28 décembre 2001 qui a ajouté un titre IV au décret du 13 octobre 1988 constitutif du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Sa composition est marquée par le paritarisme, à l'image de celle du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

L'ONEMFPH a quatre missions principales :

- suivre l'évolution des emplois dans la fonction publique hospitalière ;
- contribuer au développement d'une stratégie de gestion prévisionnelle et prospective et proposer des orientations prioritaires, en particulier en matière de formation ;
- apprécier l'évolution des métiers, des fonctions et des qualifications ;
- recenser les métiers nouveaux et leurs caractéristiques.

L'Observatoire est présidé par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

À noter qu'un des premiers chantiers de l'ONEMFPH a été la réalisation du *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*.

L'*Étude prospective* a été réalisée avec l'assistance de Pollen Conseil, société d'étude et de conseil. Œuvrant depuis plus de dix ans dans le domaine de l'emploi et la formation, dans de nombreux secteurs d'activité, aux différents niveaux national, régional et local, elle réalise des études prospectives pour les collectivités publiques, les organisations professionnelles et en particulier les observatoires prospectifs des métiers et des qualifications. De façon complémentaire, Pollen Conseil est sollicitée pour évaluer les politiques et les dispositifs publics.

Maquette couverture : V. Hélye
PAO : imprimerie Jouve à Mayenne
Achevé d'imprimer sur les presses
de l'imprimerie Jouve à Mayenne
Dépôt légal : novembre 2007
N° d'impression :
Imprimé en France