



**HAL**  
open science

## **2006-2026: The reorganization of health professions**

Stéphane Brissy

► **To cite this version:**

Stéphane Brissy. 2006-2026: The reorganization of health professions. *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2021, 15. hal-03266436

**HAL Id: hal-03266436**

**<https://hal.science/hal-03266436>**

Submitted on 13 Jul 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Chapitre 2 : Les professionnels de santé

**Stéphane Brissy**

Maitre de conférences à l'Université de Nantes, Membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR S 1145

### 2006-2026 : La réorganisation des professions de santé

2006 aurait pu être l'année de la précarité du travail. En créant le contrat premières embauches, qui aurait permis des licenciements sans avoir à justifier d'un motif pendant deux ans, la loi du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances<sup>1</sup> ne visait pas spécifiquement les travailleurs de la santé mais entérinait l'idée selon laquelle le travail en lui-même est moins important que son coût. Cultiver la précarité du travail, entendue comme une instabilité permanente de celui-ci, c'est notamment oublier que le travail est source d'identité pour le travailleur au regard à la fois du contenu de l'activité de travail et de la profession dans laquelle il s'inscrit<sup>2</sup>. Or, les professionnels de santé sont eux aussi concernés par cette quête d'identité et les mouvements sociaux qui ont émaillé la dernière décennie, et qui sont toujours d'une actualité brûlante, permettent de ne pas l'oublier. L'étude des professions de santé ne peut pas occulter l'activité de travail en elle-même, faute de quoi toutes les réflexions sur la réorganisation des professions de santé, notamment pour améliorer la prise en charge des patients, resteraient incomplètes. L'intérêt d'être attentif au travail des professionnels de santé ne réside pas seulement dans le bénéfice qu'en retirent les patients mais aussi dans la possibilité d'améliorer les conditions de travail et d'emploi des professionnels de santé.

La décennie passée a été le siège de plusieurs réformes conduisant à harmoniser l'organisation des professions de santé sur des aspects essentiels de leur identité. Ce faisant, cette décennie pourrait être le socle d'une meilleure reconnaissance de plusieurs professions de santé, voire d'une identité professionnelle propre au travail en santé.

1 - Loi n°2006-396, JORF 2 avr. 2006, p. 4950. Le CPE avait été créé par l'article 8 de la loi mais cet article a rapidement été abrogé suite à un mouvement de contestation de grande ampleur et à la promesse d'abrogation subséquente faite par le Président de la République en même temps qu'il annonçait la promulgation de la loi.

2 - Sur l'identité professionnelle, v. not. A. Supiot, Critique du droit du travail, PUF, 3e éd., 2015 ; P. Caillaud, Déclin ou renouveau des professions ? Une notion sous les feux de l'actualité juridique, Dr. Soc. 2016, p. 103.

Cette identité professionnelle, soit collective par la voie des représentants professionnels (1), soit individuelle lorsqu'elle est abordée par les compétences professionnelles (2), pourrait bien être le ferment d'un travail en santé plus coopératif (3).

#### 1 – L'évolution de la représentation professionnelle

La possibilité pour les acteurs d'une profession d'être représentés auprès des pouvoirs publics et de la société dans son ensemble, ainsi que la possibilité pour les professionnels de choisir leurs représentants sont des vecteurs forts d'une identité professionnelle. Plusieurs réformes intervenues lors de ces 10 dernières années ont visé à renforcer cette identité collective.

La création d'un ordre professionnel visant à préserver l'intérêt social d'une profession est historiquement un acte fort de la reconnaissance d'une profession par les pouvoirs publics. Si de nombreuses professions de santé disposaient déjà d'un ordre professionnel il y a dix ans, tel n'était pas le cas de la profession infirmière. C'est en 2006 justement qu'est créé l'Ordre national des infirmiers<sup>3</sup>, acte de naissance allant à première vue dans le sens d'une meilleure reconnaissance de la profession mais qui pourtant reste toujours loin de faire consensus au sein de celle-ci, comme l'ont montré les débats parlementaires autour de la récente loi de modernisation du système de santé<sup>4</sup>. L'ONI n'en continue pas moins de remplir son rôle de liaison entre la profession infirmière et l'intérêt de la société, organise des réflexions pour tenter de faire évoluer la profession et a proposé un projet de code de déontologie sur lequel des consultations sont toujours en cours.

Les règles déontologiques justement ont, elles aussi, été marquées ces dernières années par une recherche d'harmonisation entre professions. Les règles déontologiques ou professionnelles encadrant l'activité des professions de santé visées par le Code de santé publique ont ainsi été intégrées dans ce même code et donnent toutes à l'ordre professionnel des missions similaires. La première mission des ordres professionnels est ainsi de veiller « *au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation,*

3 - Loi n°2006-1668 du 21 déc. 2006, JORF du 27 déc. 2006, p. 19689

4 - Le 9 avril 2015, lors d'une séance de débats à l'Assemblée Nationale sur le projet de loi de modernisation du système de santé, 19 députés contre 10 décidèrent de voter la suppression de l'Ordre national des infirmiers, disposition supprimée ensuite par le Sénat.

par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie<sup>5</sup> ». Tiré du code de déontologie médicale, ce devoir fait l'objet de dispositions similaires pour l'ordre des pharmaciens<sup>6</sup>, des infirmiers<sup>7</sup> et des masseurs-kinésithérapeutes<sup>8</sup>, ajoutant à la préservation de l'indépendance et de la compétence des professionnels la promotion de la santé publique et de la qualité des soins. Le rôle des ordres des professionnels de santé y est expressément mis en relation avec les valeurs éthiques et sociales propres aux professions concernées et avec la politique de santé publique.

La reconnaissance professionnelle et l'harmonisation entre professions de santé est également présente dans la création par loi Hôpital Patients Santé et Territoires<sup>9</sup> des Unions régionales de professionnels de santé (URPS). Reprenant en partie le modèle des défunctes Unions régionales de médecins libéraux, le législateur a doté chaque profession de santé d'un cadre législatif pour que les professionnels libéraux de santé disposent d'un organe représentatif distinct de l'ordre et des syndicats. Les membres des URPS sont élus par les professionnels de santé relevant de leur spécialité et de leur région et qui exercent à titre libéral dans le régime conventionnel, ou alors désignés par les organisations syndicales représentatives nationalement pour les professions de santé comptant moins de 20000 membres sur le territoire national<sup>10</sup>. Elues ou désignées, les URPS contribuent à asseoir l'identité collective d'une profession, pour sa partie exerçant en libéral, d'autant plus qu'elles ont pour mission générale de contribuer «à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre<sup>11</sup> ».

La représentation des professionnels de santé n'a en outre pas échappé à la recherche accrue de légitimité qui traverse le syndicalisme français depuis plusieurs années, et plus encore depuis le début des années 2000. Les syndicats sont ainsi tenus de faire preuve de leur représentativité pour négocier les conventions et accords collectifs de travail<sup>12</sup> ou conventions d'exercice professionnel<sup>13</sup>, ou pour participer à diverses instances et négociations au sein des

établissements de santé<sup>14</sup> ainsi qu'au niveau national<sup>15</sup>. Les URPS jouent à ce titre un rôle essentiel pour les professionnels libéraux puisque ce sont les scores aux élections URPS qui vont déterminer l'audience électorale des syndicats de professionnels libéraux<sup>16</sup>. Pour les professions de santé n'étant pas représentées par une URPS élue, le critère de l'audience électorale est remplacé par une appréciation de l'activité et de l'expérience du syndicat. Et quel que soit le mode d'exercice de la profession, les textes négociés et signés par les organisations syndicales devront en outre remplir des conditions relatives aux suffrages obtenus par les signataires dans les élections professionnelles<sup>17</sup>, condition qui n'est apparue qu'en 2008 pour les accords concernant le travail salarié, qui s'est progressivement étendue aux professionnels libéraux et fonctionnaires, et qui fait toujours l'objet de changements. Si les seuils électoraux peuvent différer, la tendance est bien commune.

Même si les règles relatives à la représentation professionnelle et les réalités sociologiques qui traversent ses différentes formes varient entre professions et au sein même d'une profession, le législateur a tenté de leur imprimer une logique similaire et en premier lieu d'en étendre l'existence à toutes les professions de santé.

Censées donner à la représentation professionnelle en santé une plus grande légitimité et une meilleure lisibilité de dispositifs aux fonctionnements rapprochés, les réformes de ces dix dernières années peuvent affirmer la reconnaissance sociale et juridique des professions concernées. L'identité individuelle par et dans le travail n'a cependant pas été oubliée, notamment sous l'angle des compétences des professionnels.

## 2 – La reconnaissance professionnelle par les compétences

Si la profession est, encore aujourd'hui, un « vecteur de l'organisation des intérêts collectifs<sup>18</sup> », elle est aussi composée d'une mosaïque de métiers et de fonctions dont la définition constitue, dans le domaine de la santé, un enjeu juridique et sociologique majeur. Les domaines de compétence des professionnels de santé, hormis pour les médecins, sont toujours en 2016 des listes d'actes dont le franchissement expose le professionnel à des sanctions professionnelles, civiles et pénales. Outre les risques

5 - CSP art. L 4121-2.

6 - CSP art. 4231-1.

7 - CSP art. L 4312-1 et 2.

8 - CSP art. L 4321-14.

9 - Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, JORF 22 juill. 2009.

10 - Art. L 4031-2 CSP. Les professions dont les membres sont élus aux URPS sont les médecins, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens d'officine, chirurgiens-dentistes et infirmiers. Les URPS non élues concernent les sages-femmes, les pédicures-podologues, les orthophonistes, les orthoptistes et les biologistes responsables.

11 - Art. L 4031-3 CSP.

12 - Art. L 2121-1 et s. c. trav.

13 - Art. L 162-33 CSS.

14 - Art. L 6156-1 et s. CSP.

15 - Pour la participation au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, art. 11 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, modifié par la loi n°2010-751 du 5 juillet 2010, art. 21.

16 - Art. R162-54-1 CSS.

17 - Art. L 162-14-1 CSS pour les conventions nationales de professionnels libéraux, art. L 2232-6 et L 2232-12 c. trav. pour les accords de branche et d'entreprise concernant les salariés et art. 8-IV de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 pour la fonction publique.

18 - Elle était envisagée essentiellement sous cet aspect au cours de la 3e République : J. P. Le Crom, La profession dans la construction du droit du travail, Dr. Soc. 2016, p. 106-107.

juridiques qu'elle implique, cette conception très juridique des compétences professionnelles restreint les perspectives d'évolution professionnelle pour les travailleurs de la santé et, de ce fait, l'autonomie et l'attractivité des professions concernées.

Une évolution vers une définition des professions de santé par les missions et non plus par les actes<sup>19</sup> reste pour l'instant très embryonnaire mais la dernière décennie a peut-être impulsé des changements dans le développement des compétences réelles des professionnels de santé.

Fusionnant les dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles et de formation continue, la loi HPST de 2009 a instauré un développement professionnel continu (DPC) généralisé à plusieurs professions de santé. Si cette réforme a eu le mérite d'enclencher une harmonisation du régime de formation des professions de santé, les nombreuses lacunes du dispositif<sup>20</sup> ont nécessité une refonte du DPC par la loi du 26 janvier 2016. Le DPC fait désormais l'objet d'un chapitre unique inséré dans le livre préliminaire de la partie du Code consacrée aux professions de santé.

Mais surtout le nouvel article L 4021-1 utilise cette définition pour préciser le contenu de l'obligation de DPC imposée aux professionnels de santé. L'obligation, non plus annuelle mais désormais triennale, suppose, selon le texte, de s'engager dans une démarche de DPC qui consistera à suivre des actions de formation continue répondant aux objectifs légaux du DPC, à savoir l'analyse, l'évaluation et l'amélioration des pratiques du professionnel et la gestion des risques.

Le nouvel article L 4021-1 du Code de la santé publique remodèle la définition du DPC, y intégrant l'amélioration des pratiques et la gestion des risques, et opère une jonction entre l'identité professionnelle collective et l'identité par le travail en associant l'État et des représentants de chaque profession pour définir des orientations pluriannuelles prioritaires de DPC. Ces orientations seront en effet fixées de trois manières : les orientations définies par profession ou spécialité par les conseils nationaux professionnels (CNP) ou, faute de CNP, par les représentants de la profession ou de la spécialité ; les orientations s'inscrivant dans la politique nationale de santé ; les orientations définies dans les conventions d'exercice professionnel conclues entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les représentants des professions de santé libérales concernées par ces conventions. Les actions de formation proposées aux professionnels devront s'inscrire dans ces orientations<sup>21</sup>.

L'intégration d'une logique de compétences comme facteur d'évolution professionnelle peut surtout donner sa pleine mesure si elle repose en partie sur le travail réel, ce qu'est

censée permettre la reconnaissance légale de l'exercice en pratique avancée<sup>22</sup>. L'exercice en pratique avancée désigne la mise en pratique par un professionnel de santé de compétences professionnelles dépassant celles initialement attachées à sa profession et l'amenant notamment à disposer d'une expertise, d'une capacité de prise de décision dans des situations complexes et à réaliser des activités cliniques dans un domaine spécifique.

La définition stricte des compétences sous formes d'actes à réaliser ne permet pas d'intégrer cette évolution des compétences professionnelles. Souvent envisagée pour les infirmiers, pour lesquels un statut d'infirmier clinicien a été réclamé, la reconnaissance de l'exercice en pratique avancée sera possible pour tous les auxiliaires médicaux désignés comme tels par le Code de la santé publique. Un professionnel exerçant sa profession depuis un certain nombre d'années et ayant obtenu un diplôme de formation en pratique avancée pourra ainsi accomplir légalement des actes auxquels sa profession ne l'habilite pas en principe.

L'avenir nous dira si le dispositif fonctionne et il faut espérer que les professionnels et les universités s'en saisiront. Mais le principe même de cette réforme est déjà lourd de sens. Par la centralité qu'il donne à l'activité de travail en elle-même, l'exercice en pratique avancée met en valeur le rôle du travail sur la vie d'une profession, les variétés de son exercice, les perspectives qu'elle offre et l'impact sur son exercice d'une prise en charge globalisée des patients.

L'exercice en pratique avancée pourrait ainsi constituer au plan individuel le prolongement d'une tendance de fond qui imprègne petit à petit les discours et les pratiques professionnelles et qui vise à développer un travail en santé plus collaboratif, plus coopératif.

### 3 – Le travail coopératif en santé

Les formes de rapprochement et de mutualisation des moyens mis en œuvre dans l'activité des professionnels de santé sont antérieures aux années 2000 mais la dernière décennie a vu fleurir les réflexions, rapports et quelques dispositions législatives visant à promouvoir, à défaut d'obliger, des formes de prise en charge et de travail plus coopératives entre professionnels. Le développement des coopérations entre professionnels est destiné à faire face plus efficacement aux pathologies chroniques et de longue durée, à permettre aux médecins de consacrer davantage de temps aux activités purement médicales et à offrir à tous les professionnels de santé une perspective d'évolution de leur rôle<sup>23</sup>.

Une première voie réside dans la transmission par un professionnel médical d'une partie de ses compétences

19 - C. Roynier, Les professions de santé en Europe : contribution à une définition unitaire, Les Tribunes de la santé, 2015/3, p. 33 et s.

20 - B. Deumie, P. Georges, J. P. Natali, Contrôle de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé, avr. 2014.

21 - Art. L 4021-2 et 3 CSP.

22 - Art. L 4301-1 CSP.

23 - Dernièrement, v. C. Génisson, A. Milon, Coopération entre professionnels de santé, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, 28 janv. 2014, pp. 14 et 25.

juridiques d'exercice à un autre professionnel. Cette orientation a été prise par la loi HPST qui a créé les protocoles de coopération et qui a eu comme premier mérite de faire apparaître explicitement les coopérations dans le Code de la santé publique.

Selon l'article L 4011-1 du Code de la santé publique, « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L 4011-2 et L 4011-3 ».

Par ces protocoles, des professionnels de santé peuvent franchir les limites de compétences imposées par le Code de la santé publique. Mais ces protocoles restent limités aux disciplines ou pathologies qu'ils mentionnent et ne supposent pas nécessairement un cadre collectif de travail, limitant ainsi le travail coopératif à des initiatives spécifiques.

La voie du travail au sein d'une structure collective a néanmoins elle aussi été empruntée depuis quelques années et il n'est pas impossible qu'elle s'étende. S'ils ont permis de concentrer plus efficacement les compétences sur des pathologies spécifiques, les réseaux de santé ne permettaient pas de répondre aux problèmes de démographie médicale et aux inégalités d'accès à la santé. D'autres perspectives, inspirées par les réseaux et centres de santé, ont alors vu le jour, notamment sous la forme des maisons de santé pluri-professionnelles<sup>24</sup> composées de différents professionnels de santé et dont le fonctionnement doit être défini dans un projet de santé que signent les professionnels participants et qui doit suivre les orientations des schémas régionaux<sup>25</sup>. Le rapprochement physique et institutionnel de professionnels participant de concert à des prises en charge globales au sein d'une même institution constitue une perspective intéressante d'évolution du travail en santé. Sous réserve d'être inscrites dans un projet de santé clair et partagé et organisées par voie de protocoles destinés à préciser l'articulation des fonctions et les échanges d'information notamment, les activités de travail peuvent prendre un sens et remplir des fonctions que ne leur permettent pas toujours les définitions très segmentées du Code de la santé publique.

Les évolutions normatives très récentes appuient cette tendance au regroupement dans un but commun, en donnant par exemple à l'équipe de soins une existence légale plus consistante<sup>26</sup>, notamment en faisant le lien entre l'équipe et l'exercice en pratique avancée et de fait entre l'activité de travail et son cadre collectif d'exercice. Les futures communautés professionnelles territoriales de santé

créées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 permettront de poursuivre cette logique de regroupement et de mettre en lien la ou les équipes de soins les constituant avec le projet régional de santé<sup>27</sup>.

La convention médicale signée en août 2016 prolonge elle aussi cette dynamique en subordonnant le bénéfice des contrats d'installation dans les zones sous dotées et les contrats de stabilisation et de coordination à l'exercice au sein d'un groupe formé entre médecins ou pluri-professionnel<sup>28</sup>.

Les textes relatifs au travail coopératif en santé sont avant tout incitatifs, le législateur et les partenaires sociaux ne souhaitant pas faire reposer la coopération sur la contrainte mais plutôt sur l'adhésion des professionnels. Mais la présence toujours très forte d'un modèle de travail individualisé ne peut plus ignorer une conception plus collective de ce travail, y compris en dehors des établissements de santé. Le travail ne peut être résumé à un agrégat de tâches ou de conventions entre agents et une identité professionnelle prend aussi sa source dans l'exercice d'une activité de travail au sein d'une institution poursuivant une œuvre commune. Et, bien que spécifique, le travail en santé ne fait pas exception sur ce point.

**Stéphane Brissy**

24 - B. Garros, Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ?, Santé publique 2009, HS1, vol. 21, p. 11 ; G. Rousset, Les maisons de santé, un mode d'exercice favorisant l'accès aux soins ?, RDSS 2014, p. 450.

25 - Art. L 6323-3 CSP.

26 - Art. L 1411-11 CSP.

27 - Art. L 1434-12 CSP.

28 - Art. 4.2 et 6.2 de la convention médicale.