

RAPPORT DE MISSION

Professeur
Yves MATILLON
AOÛT 2003

MODALITÉS ET CONDITIONS D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES DES MÉTIERS DE LA SANTÉ

A l'attention de **Monsieur Luc FERRY**,
Ministre de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche,

&

de **Monsieur le Professeur Jean-François MATTEI**,
Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

26 NOV. 2002

Monsieur le Professeur,

Le mandat que vous avez exercé à la direction de l'ANDEM puis de l'ANAES vous a permis de développer une expérience très importante dans le domaine de l'évaluation de la qualité des soins.

Ce domaine, qui est un champ d'action prioritaire pour nos ministères, comporte toutefois des dimensions insuffisamment étudiées. C'est en particulier le cas de la compétence professionnelle des différents métiers de la santé. Quels sont les différents éléments constitutifs de cette compétence ? peut-on les évaluer ? par quelles méthodes aujourd'hui développer au vu des expériences françaises et étrangères et dans quel contexte ? Quelles sont les responsabilités des organisations professionnelles qu'il convient de mobiliser pour permettre l'évaluation des compétences ? Ce sont autant de questions auxquelles il importe d'apporter des réponses précises et partagées. C'est, en effet, sur cette base que nous pourrons continuer de développer une politique ambitieuse d'amélioration continue de la qualité des soins, dont une composante est la compétence des professionnels.

C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de vous confier une mission exploratoire afin d'examiner le cadre et les méthodes permettant de définir les modalités et les conditions d'évaluation des compétences qu'il serait possible de proposer en France.

A cette fin, vous devrez assurer la participation de chacune des professions concernées, représentées à la fois par les responsables des structures de formation initiale et continue et par les représentants professionnels.

Vous vous attacherez également à préciser les moyens et les partenariats qui devraient être mobilisés pour mettre en œuvre une organisation permettant de garantir la compétence des professionnels de santé en exercice.

Pour mener à bien cette mission, dont nous attendons les conclusions dans un délai de six mois, vous bénéficierez du concours des services de nos administrations.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Professeur, en l'assurance de nos sentiments les meilleurs.



Luc FERRY



Jean-François MATTEI

Professeur Yves MATILLON
159, rue Nationale
75640 PARIS CEDEX 13

&

A l'attention de **Monsieur Luc FERRY**,
Ministre de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche,

de **Monsieur le Professeur Jean-François MATTEI**,
Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

sommaire

I. INTRODUCTION	4
II. QU'EST-CE QUE LA COMPÉTENCE ?	6
II.1 DÉFINITION	6
II.2 COMPÉTENCE ET MÉTIERS DE LA SANTÉ	6
II.2.1 CADRE RÉGLEMENTAIRE : ANALYSE JURIDIQUE	8
II.2.2 SYNTHÈSE DES ÉCRITS EXISTANTS	9
III. LES ENJEUX DE L'ÉVALUATION DE LA COMPÉTENCE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	16
IV. QUEL SYSTÈME D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN SANTÉ ?	23
IV.1 MODALITÉS DE TRAVAIL	23
IV.2 L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À L'ÉTRANGER	24
IV.2.1 PRÉAMBULE	24
IV.2.2 LES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES	24
IV.3 L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN FRANCE AU REGARD DES ENTRETIENS MENÉS	27
V. ÉVALUER LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : LES CONSÉQUENCES ATTENDUES	32
VI. PERSPECTIVES	34
VII. ANNEXES	37
- LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	38
- RÉFÉRENCES	44
- ANNEXE 1 : <i>L'organisation juridique des compétences des professions de santé</i>	57
- ANNEXE 2 : <i>Le rapport d'enquête publique sur les enfants opérés du cœur à l'Infirmierie Royale de Bristol (UK)</i>	87
- ANNEXE 3 : <i>La démarche de l'Institute of Medicine (WASHINGTON DC - USA) "HEALTH PROFESSIONS EDUCATION: A BRIDGE TO QUALITY"</i>	91

I. INTRODUCTION

Par lettre en date du 26 novembre 2002, Monsieur le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, et Monsieur le Ministre de la Jeunesse, de l'Éducation Nationale et de la Recherche ont confié au Professeur Yves MATILLON une mission d'étude sur les mécanismes d'évaluation de la compétence professionnelle des différents métiers de la santé.

La mission a eu pour objet :

- ▶ d'une part, d'examiner le cadre et les méthodes permettant de définir les modalités et les conditions d'évaluation des compétences qu'il serait possible de proposer en France,
- ▶ d'autre part, de préciser les moyens et partenariats qui devraient être mobilisés pour mettre en œuvre une organisation permettant de garantir la compétence des professionnels de santé en exercice.

Cette étude, conduite en étroite collaboration avec chacune des professions concernées, représentées à la fois par des responsables de structures de formation initiale et continue et par les représentants professionnels, doit permettre d'apporter des réponses précises et recevables aux questions suivantes :

- ▶ Quels sont les différents éléments constitutifs de la compétence professionnelle des métiers de la santé ?
- ▶ Peut-on les évaluer ? Par quelles méthodes au vu des expériences françaises et étrangères et dans quel contexte ?
- ▶ De quelle manière les organisations professionnelles peuvent-elles intervenir dans l'évaluation des compétences ?

Pour aboutir à des axes de réforme et à des propositions, la mission a choisi en regard de ses objectifs :

- ▶ de recenser les attentes légitimes et spécifiques des différents acteurs afin de dégager les principes fondamentaux inhérents aux différents métiers de la santé,
- ▶ de préciser les interfaces et d'éclairer les partenaires et les décideurs sur l'intérêt du modèle de la compétence en tant que levier de changement.

L'étude de la compétence a donc nécessité d'aborder des questions aussi diverses que la formation initiale et continue, les parcours professionnels et les passerelles entre les différentes professions. Le champ des enjeux financiers liés aux actes, conséquence ultime de cette démarche, n'a en revanche pas été abordé (nomenclature).

Pour répondre aux termes de la lettre de mission touchant aussi bien les champs de la formation que ceux de l'exercice professionnel, nous avons conduit la concertation de façon ouverte et large (voir p. 38).

Ce document comporte 4 parties,

- ▶ Les définitions de la compétence, d'un point de vue général et dans le milieu de la santé (*chapitre II*).
- ▶ Les enjeux de l'évaluation de la compétence des professionnels de santé tels que recensés par l'analyse documentaire et exprimés lors des entretiens (*chapitre III*).
- ▶ L'évaluation des compétences des professionnels de santé au regard des entretiens menés et des pratiques en cours (*chapitre IV*).
- ▶ La synthèse des réponses aux questions posées par la lettre de mission : Évaluer les compétences pour quoi faire ? Quelles perspectives, quelles préconisations ? (*chapitre V & VI*).

Remerciements

Les objectifs et le contenu de ce rapport ont bénéficié de l'implication de l'ensemble des professionnels de santé.

Les apports fondamentaux des personnes, des organisations professionnelles et des institutions notamment des Directions ministérielles concernées par le sujet ont permis de faire des propositions. Nous leur sommes très reconnaissants.

Notre gratitude va aux personnes qui ont consacré une part significative de leur temps pour faciliter la compréhension de l'évaluation des compétences et pour identifier des perspectives de travail. Un partage des responsabilités équilibré et fructueux, entre groupes professionnels et partenaires institutionnels, doit permettre de faire des expérimentations fondamentalement utiles au système de santé et à la société.

Que tous trouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance. Cette reconnaissance s'adresse tout particulièrement à :

Madame Dominique LÉBOEUF, qui par la qualité de son analyse, sa capacité à générer un échange constructif et structurant avec nos interlocuteurs et son exceptionnelle capacité de travail, a permis l'élaboration de ce rapport,

Monsieur Yves BARRAULT,

Madame Camille COCHET,

Monsieur le Docteur Hervé MAISONNEUVE,

Monsieur Joël MORET-BAILLY,

*pour leurs contributions spécifiques.
Qu'ils en soient remerciés.*

II. QU'EST-CE QUE LA COMPÉTENCE ?

II.1 DÉFINITION

Le modèle de la compétence s'inscrit directement au cœur des évolutions professionnelles et sociétales actuelles. Il représente aujourd'hui, dans de nombreux secteurs, un concept central touchant directement à la notion de métiers, aux contenus des formations initiales et continues, aux modalités de gestion des ressources humaines, au développement de l'innovation et à l'amélioration de la qualité du service rendu.

La notion de compétence est définie, de manière générale en première intention, dans cette perspective, comme "la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation" (Medef 1998, LeBoterf 1996, Zarifian 2000).

Les organisations professionnelles dans leur ensemble, tant au niveau européen que mondial se sont ainsi engagées de façon volontariste depuis plusieurs années dans le développement et la mise en œuvre du modèle de la compétence et de son évaluation. L'ensemble de la littérature étudiée décrit ainsi un modèle encore à ce jour en cours de "construction". La presse se fait également aujourd'hui couramment l'écho de réflexions prospectives autour d'enjeux spécifiques et d'expériences localisées (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, validation d'acquis de l'expérience, reconnaissance des parcours de professionnalisation, politique de branche...).

De l'étude documentaire, le modèle de la compétence émerge comme potentiellement porteur de changements organisationnels et sociaux. Sa définition et son application coordonnée sur le terrain restent en revanche en attente de retour d'expériences pour être directement opérationnelles. Cette notion peut ainsi revêtir plusieurs sens selon qu'elle est utilisée dans le monde du travail, des entreprises, du droit, de l'éducation et de la formation.

Dans tous les cas, la notion de compétence intègre deux dimensions l'une liée aux organisations, l'autre liée à l'individu en tant que professionnel. Elle pose d'une part la question de la gestion et de la reconnaissance des savoirs requis par les situations de travail, et d'autre part la reconnaissance du professionnalisme et des parcours ou des itinéraires individuels.

II.2 COMPÉTENCE ET MÉTIERS DE LA SANTÉ

La notion de professionnel de santé recouvre les professions suivantes selon le code de la santé publique : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, préparateur en pharmacie, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien-lunetier, diététicien.

Les professions de santé sont très encadrées sur le plan réglementaire. Cette organisation classe les professions en deux grandes catégories : les professions médicales et les auxiliaires médicaux. En regard de ces catégories, la profession médicale et la profession infirmière se distinguent par la reconnaissance de spécialités en plus du métier de base.

Le tableau suivant présente la liste des diplômes des professions de santé :

- **DIPLÔMES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ** -

Source D.G.S. Bureau des formations des professions de santé

▶ DIPLÔMES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ RÉGIS SOUS LA RESPONSABILITÉ DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR	
<i>Professions médicales</i>	Diplôme d'État (D.E.) de docteur en médecine D.E. de docteur en chirurgie dentaire D.E. de docteur en pharmacie D.E. de sage-femme Tous les diplômes de 3 ^e cycle : D.E.S.S. et D.E.A. Tous les Certificats d'Études Spécialisées
<i>Professions paramédicales</i>	D.E. d'audioprothésiste Certificat de capacité d'orthoptiste Certificat de capacité d'orthophoniste D.T.S. en imagerie médicale et radiologie thérapeutique B.T.S. Analyses biologiques D.U.T. Génie biologiques, option analyses biologiques et biochimiques B.T.S. diététique et D.U.T. génie biologique option diététique B.T.S. opticien- lunetier
▶ DIPLÔMES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ GÉRÉS PAR L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE	
<i>Professions paramédicales</i>	Diplôme professionnel d'aide soignant /filière éducation nationale mais diplôme de santé Diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture/filière éducation nationale mais diplôme de santé Diplôme de préparateur en pharmacie
▶ DIPLÔMES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ RÉGIS PAR LE MINISTRE CHARGÉ DE LA SANTÉ	
<i>Professions paramédicales</i>	DE d'infirmier ainsi que les D.E. d'infirmiers spécialisés (I.A.D.E., I.B.O.D.E., puéricultrice) D.E. de masseur-kinésithérapeute D.E. de pédicure podologue D.E. de psychomotricien D.E. d'ergothérapeute D.E. de manipulateur d'électroradiologie médicale D.E. de technicien en analyses de biologie médicale Diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière Diplôme professionnel d'aide soignant /filière éducation nationale mais diplôme de santé Diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture/filière éducation nationale mais diplôme de santé Certificat de capacité d'Ambulancier

Ce cadre réglementaire n'empêche pas un certain nombre de réglementations particulières à la fois centrées sur le segment d'exercice et sur le mode de formation initiale. Ce cadre bénéficie de l'avis et du suivi de différentes commissions selon les professions et les lieux d'exercice (à titre d'exemple, le Conseil Supérieur des Professions Paramédicales, les commissions de qualification). Ces différentes commissions relevant d'un fonctionnement propre ne feront pas l'objet de développement dans ce rapport.

II.2.1 CADRE RÉGLEMENTAIRE : ANALYSE JURIDIQUE

*Synthèse et rapport (voir annexe 1) élaborés par Mr Joël MORET-BAILLY,
Université Jean Monnet-Saint Etienne, Faculté de Droit.*

L'intervention des professionnels de santé repose sur un système organisé en référence à la qualification. Le critère légal retenu par le législateur pour légitimer une "atteinte à l'intégrité physique des personnes par les professionnels de santé" est celui de la qualification liée à l'obtention d'un diplôme.

Le code de santé publique définit les professions de manière générale en fonction des actes professionnels que celles-ci peuvent accomplir. Ceux-ci sont ensuite précisément fixés, dans le cadre des règlements. Cette fixation par le règlement permet une certaine souplesse dans l'évolution des actes possibles, dans le respect des définitions générales fixées par la loi.

Au centre de la construction se trouve la profession médicale, les compétences des autres professions étant construites comme des dérogations au monopole médical, protégé par l'exercice illégal de la profession.

Un médecin peut toujours intervenir dans le champ d'intervention d'une autre profession de santé. Le "monopole" des professions autres que la profession médicale ne joue donc pas en ce qui concerne les médecins. Le code de la santé publique est implicitement organisé en fonction de l'importance des qualifications, donc des possibilités d'intervention sur le corps des patients.

La qualification, pierre angulaire de l'organisation juridique des professions de santé, permet de fixer les bornes du licite et de l'illicite dans l'intervention de professionnels sur le corps d'autrui, mais ne fait que postuler la capacité réelle des professionnels à intervenir pertinemment.

Cette analyse est validée, en creux, par les mécanismes qui prévoient des limites à l'intervention des professionnels lorsque leur compétence ou leurs connaissances ne leur permettent pas d'intervenir (décision du professionnel ou de l'autorité administrative), ou par ceux qui permettent d'engager la responsabilité de professionnels ayant fait preuve d'incompétence.

Toutefois, si le droit organise indubitablement des espaces de contraintes, il ouvre également un certain nombre d'espaces de liberté dans lesquels les acteurs sociaux sont libres d'organiser leur activité. On peut donc imaginer, en respectant les bornes et les normes liées à un système construit à partir des qualifications professionnelles, que les interventions effectives des professionnels s'organisent également en fonction de leurs compétences.

Par exemple, la possibilité, pour des auxiliaires médicaux, d'effectuer tel type d'acte sous surveillance d'un médecin, ne dit rien de l'articulation des interventions effectives du médecin et de son auxiliaire en ce qui concerne tel ou tel acte particulier. De même, la possibilité, pour une infirmière, d'être assistée par des aides-soignants ne dit rien de l'organisation effective de cette collaboration. De manière similaire, la possibilité, pour les médecins, d'effectuer l'ensemble des actes qui relèvent de leur profession n'empêche nullement que la prise en charge d'un patient comporte un certain nombre d'étapes renvoyant à la compétence effective des différents professionnels. C'est, d'ailleurs, ce qu'atteste implicitement l'existence des spécialités médicales.

Cette liberté ne permet néanmoins jamais à des professionnels de s'exonérer des contraintes légales.

Dans cette perspective, la construction du système entraîne la conséquence selon laquelle un professionnel ne saurait intervenir dans le champ d'une autre profession, et encore moins changer de profession, sauf par l'acquisition des diplômes requis, mais jamais en fonction de ses "acquis professionnels".

La logique de la compétence ne se retrouve, en fait, que dans un certain nombre de mécanismes secondaires ou dérivés. Il en est ainsi de la formation professionnelle continue, même si les dispositions en vigueur montrent que la compétence est souvent réduite, dans ce contexte, à l'actualisation des connaissances acquises dans le cadre de la formation initiale du professionnel. Il en est de même des mécanismes de responsabilité, leur importance sur l'organisation des activités professionnelles demeurant limitée en ce qu'ils ne permettent que d'intervenir ex post, pour éventuellement régler les conséquences d'une incompétence, et qu'ils ne permettent pas de postuler que les professionnels régleront leurs comportements en fonction des conséquences possibles de leurs actions en termes de responsabilité professionnelle.

Une piste a été ouverte sur le "contrôle" de la compétence par les Ordres professionnels par la loi du 4 mars 2002, nouvelle tâche des institutions professionnelles. Cette nouvelle mission reste à construire pour les 4 Ordres existants.

II.2.2 SYNTHÈSE DES ÉCRITS EXISTANTS

II.2.2.1 LE CONTEXTE FRANÇAIS

Sans prétendre à l'exhaustivité, nous avons analysé le contenu des rapports ayant abordé la problématique de la compétence et de son évaluation pour les professionnels de santé. Les nombreuses études réalisées et publiées par les professionnels n'ont pas été retenues ici pour cette analyse. Seuls les rapports officiels, et/ou émanant d'instances officielles, abordant la compétence dans la perspective d'amélioration de la qualité du système de santé et de régulation de l'exercice professionnel ont été retenus par choix méthodologique.

La notion de compétence émerge de façon explicite pour les professionnels de santé à partir de 1996 à l'initiative de la Communauté européenne.

Le concept de compétence a d'abord été défini au niveau de la Communauté européenne autour d'approches très sectorielles telles que l'art dentaire en 1996 et les soins infirmiers généraux en 1998. Ces approches avaient pour but une volonté d'harmonisation des métiers, compétences et formations dans un but de simplification administrative entre les différents États membres afin de promouvoir la libre circulation des professionnels de santé (Directive Simplifier la Législation relative au Marché Intérieur dite SLIM).

Ces deux rapports ont défini la compétence de manière quasi identique comme l'ensemble des *"caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes, et attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide (...)"*. Cette définition est reprise, en tout ou partie, dans les rapports publiés en France depuis 1998. Le sujet de la compétence est ainsi régulièrement abordé dans les questions concernant la profession médicale.

Les différents rapports concernant les professions paramédicales considèrent que l'évolution de l'organisation des professionnels est un préalable à toute perspective d'étude du thème de la compétence. L'organisation de dispositifs de régulation pour les professionnels paramédicaux (*"suivi des professionnels, proposition et contrôle des règles déontologiques et administratives, diffusion et contrôle des règles de bonnes pratiques paramédicales"*) est subordonnée, selon les auteurs, à *"la création d'une instance professionnelle susceptible de proposer aux pouvoirs publics des règles encadrant l'exercice des professions paramédicales et pour en contrôler le respect"* (Conseil interprofessionnel des professions paramédicales, Ordre, Union régionale des paramédicaux). Ces questions ont fait l'objet d'un texte dans la loi du 4 mars 2002 mais ne concernent, à ce jour, que les infirmiers, les masseur-kinésithérapeutes, les pédicure-podologues, les orthophonistes, et les orthoptistes libéraux. La mise en œuvre du dispositif est encore en cours de réflexion et ne sera de ce fait pas abordée dans cette synthèse.

Trois thèmes sont systématiquement abordés :

- ▶ **Amélioration de la qualité du service rendu par les médecins et amélioration de l'information de l'utilisateur par une reconnaissance du "métier".**

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2000 a posé la question de la compétence et du suivi de la compétence des médecins comme un enjeu majeur pour la qualité du système de santé. La compétence selon le CNOM est un sujet à multiples entrées et la question de la méthode pour mettre en œuvre son évaluation auprès des médecins est posée : *"le travail d'identification des qualifications, des compétences, des situations ; la prospective sur le métier et la définition d'un référentiel de compétences stratégiques ; le système d'évaluation, les outils, l'identité des organismes et des évaluateurs ; etc. tous ces niveaux s'enchevêtrent, interagissent et ont besoin d'être traités séparément et conjointement"*.

La méthode d'évaluation de la compétence n'est pas décrite. En revanche le CNOM pose, comme préalable essentiel à cette évaluation, l'élaboration de "référentiels de métiers et de compétences" à décliner en fonction des spécialités médicales. Ces référentiels de compétences sont présentés comme ayant deux finalités essentielles :

- La reconnaissance, la valorisation et l'entretien d'un niveau de professionnalisme au regard de l'utilisateur : *"dans une société qui se veut toujours plus transparente, tout professionnel doit pouvoir prouver sa compétence (...)"* renvoyant à la question de la certification et recertification médicales (dans leur sens anglo-saxon c'est-à-dire la reconnaissance positive du maintien d'un niveau de compétence au regard de critères prédéterminés par la profession).
- Une meilleure gestion prévisionnelle des emplois et des compétences tant d'un point de vue individuel que collectif c'est-à-dire *"des rôles, des positions, des compétences respectives (...)"* pour accroître l'efficacité du système de soins". Ce thème renvoie à la question de la gestion des "carrières" professionnelles tant à l'hôpital qu'en ville : "qu'attend-t-on d'un professionnel ? Quelles sont ses missions ?"

Ces préoccupations touchent également la question de l'interdisciplinarité et de l'interface des compétences entre les professionnels médicaux et paramédicaux : *"dans un contexte d'interdépendance accrue, les rôles respectifs des différentes professions dans l'organisation des soins doivent être mieux définis, notamment par la constitution de référentiels métiers et l'approfondissement des perspectives que peut offrir une substitution des rôles entre les différentes professions"*.

Le développement d'une interdisciplinarité bien gérée renvoie à la nécessité d'une culture commune dès la formation initiale. Cette réforme est actuellement en cours de réflexion autour de la mise en œuvre d'une Première Année "commune" des Études de Santé.

► **Certification des médecins, développement d'outils d'amélioration de la pratique tels que la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles.**

Plusieurs rapports mettent en lien le développement généralisé d'un système de certification médicale *"véritable brevet d'exercice délivré pour réaliser certains types d'intervention"* avec une mise en cohérence des exigences de la formation initiale, de la formation continue et de l'évaluation de la pratique médicale garant du maintien de la compétence.

Les dispositifs proposés, en majorité, d'origine professionnelle avant que *"la judiciarisation du métier"* ne l'impose, reposent sur des critères de reconnaissance et de validation basés sur un savoir professionnel. Ces propositions sont encore à la recherche de cadre et d'une méthode d'évaluation coordonnée autour des dispositifs déjà existants. En ce sens l'évaluation des pratiques professionnelles mise en place par les URML avec le soutien méthodologique de l'ANAES pourrait jouer un rôle fondamental.

En parallèle, il est proposé :

- pour les praticiens hospitaliers comme *"dans d'autres professions qui ont entre les mains la vie de tiers (exemple pilote d'avion)"* un *"contrôle régulier de l'aptitude médicale, avec pour corollaire en cas d'inaptitude, une mise à l'écart des fonctions à risque ainsi qu'un réel suivi médical"* suivi par un centre de gestion au niveau régional (rapport IGAS 2002),
- pour l'ensemble des médecins *"un système de certification des médecins basés sur les compétences et un système d'habilitation pour certains actes à risques"* sous forme de contractualisation individuelle avec les financeurs du système de soins (plan stratégique de la CNAM 1999, convention médicale du 10 janvier 2003, proposition de la Mutualité 2003).

► **Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales, gestion tant individuelle que collective contribuant à réguler la démographie médicale.**

Les compétences des professionnels de santé et la gestion de ces compétences sont systématiquement évoquées dans les rapports sur la démographie médicale, d'une part à partir d'une réflexion "*autour du contour des métiers, l'évolution des pratiques et le partage des tâches entre médicaux et para-médicaux*", d'autre part à partir de la proposition d'une gestion rénovée de la carrière médicale au sein des établissements de santé. Cette gestion rénovée pourrait être développée à partir de "*profils de poste qui seront établis en fonction des besoins de la population, des plateaux techniques et des compétences*" et de la capacité des établissements "*de rémunérer les médecins ayant effectué un effort particulier en matière de formation ou, dès lors que des indicateurs d'évaluation auront été mis en place, de mieux rémunérer les praticiens dont la qualité aura été objectivement reconnue*".

Cette question est systématiquement corrélée à une valorisation individuelle en termes de carrière et de reconnaissance de qualification associée à la possibilité d'une mobilité intra et interprofessionnelle au cours de la vie professionnelle à partir "de passerelles" pour mieux gérer :

- les parcours individuels ;
- les crises de recrutement par une politique de reconnaissance de la compétence ou de l'incompétence associée à une différenciation de la rémunération.

En conclusion :

La reconnaissance et l'évaluation des compétences s'expriment depuis déjà quelques années dans les préoccupations institutionnelles et professionnelles.

Les premiers travaux initiés par les professionnels ont eu pour objet de réfléchir aux conditions d'une prise en charge d'égale qualité dans les pays Européens au bénéfice des usagers. Au travers des rapports, ce thème fédérateur apparaît aujourd'hui d'actualité pour répondre aux impératifs de gestion du système de santé et de démographie des professionnels. Si la compétence intéresse directement les professionnels notamment en matière d'élaboration de règles et de référentiels, la gestion d'un système d'évaluation relève d'une régulation d'intérêt général.

Cette double dimension se retrouve à travers d'une part, les rapports qui préconisent souvent une gestion déconcentrée de proximité focalisée chacune sur son secteur professionnel ou administratif, d'autre part, des réflexions européennes qui visent à une régulation générale et transversale. L'évaluation de la compétence relève à travers l'ensemble des écrits d'une démarche professionnelle et de proximité où la formation initiale, la formation continue et les conditions d'exercice professionnel ont un rôle fondamental. Il est souligné en parallèle qu'elle relève aussi nécessairement d'une coordination globale dans un souci de pilotage et de gestion.

Ces réflexions menées dans le domaine médical restent en revanche à ce jour peu développées pour les autres professionnels de santé.

- RAPPORTS ÉTUDIÉS POUR LA SYNTHÈSE -

1996 ▶	Comité Consultatif pour la Formation des Praticiens de l'Art Dentaire, <i>"Rapport et recommandations sur les compétences cliniques nécessaires à l'exercice de l'art dentaire dans l'Union Européenne"</i>	Commission Européenne, XV/E/8316/8/96-FR, Bruxelles, 4 juin 1996
1998 ▶	Comité consultatif pour la formation dans le domaine des soins infirmiers. Rapport et recommandation sur les compétences requises pour l'exercice de l'activité d'infirmier responsable des soins généraux dans l'Union Européenne	Commission européenne, XV/E/8481/4/97-FR, Bruxelles, 24 juin 1998
1998 ▶	<i>"Recertification des médecins en exercice, expériences, essais et enjeux"</i>	UNAFORMEC, colloque international, 21-22 nov. 1998
1998 ▶	<i>"Rapport de la mission de concertation sur l'avenir de la médecine de ville"</i> , rapport remis au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, et au Secrétaire d'État à la Santé	Jean-François STASSE, Conseiller d'État, 15 juin 1998
1998 ▶	<i>"Rapport sur l'exercice libéral des professions paramédicales : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes"</i> , Ministère de l'emploi et de la solidarité	Anne-Marie BROCAS , décembre 1998
1999 ▶	<i>"Des soins de qualité pour tous : 22 propositions mises en débat"</i>	CNAM, dossier de presse, 30 mars 1999
2000 ▶	<i>"Évolution des professions de santé. Proposition pour un accompagnement des modifications démographiques des professions de santé"</i> , rapport remis au directeur de la CNAMTS	Alain CASTAIGNE, Sylvie BASTUJI-GARIN, janvier 2000
2000 ▶	Comité Consultatif pour la Formation des Praticiens de l'Art Dentaire, <i>"Rapport et recommandations sur les connaissances de base et la compréhension indispensable à l'acquisition des compétences cliniques reconnues et présentation des méthodes appropriées d'évaluation des résultats"</i>	Commission Européenne, XV/D/8011/3/97-FR, Bruxelles, 22 juin 2000
2000 ▶	<i>"Qualité de l'exercice professionnel, compétence et déontologie : vers un système intégré de gestion de la compétence des médecins"</i>	Conseil National de l'Ordre des Médecins
2000 ▶	<i>"Rapport sur la création d'un office des professions paramédicales"</i> , rapport remis au Premier Ministre, au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et au Secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés	Philippe NAUCHE, juin 2000
2001 ▶	Séminaire rencontre et échanges inter-instances ANAES, <i>"Relation entre accréditation/certification"</i>	ANAES, 14 mai 2001
2001 ▶	<i>"Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale"(DHOS)</i>	G. NICOLAS et M. DURET, juin 2001
2001 ▶	Mission de concertation pour la rénovation des soins de ville, bilan, rapport remis au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et au Secrétaire d'État à la Santé, Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité	B. BRUNHES, B. GLORION, S. PAUL, L. ROCHAIX, 5 juillet 2001
2002 ▶	<i>"L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire étude d'administration comparée : Allemagne, Angleterre, États-Unis, Pays-Bas"</i> , rapport IGAS, n°2002081, IGAS	F. BAS-THERON, C. CHEVRIER-FATOME, G. DUHAMEL, mai 2002
2002 ▶	Séminaire rencontre et échanges inter-instances, <i>"Certification Compétences"</i> , ANAES	ANAES, 6 juin 2002
2002 ▶	Mission <i>"Démographie des professions de santé"</i> , Tome I/II, présenté par rapport n°2002135, rapport au Ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées	Y. BERLAND, Rapporteur T. GAUSSERON, novembre 2002
2002 ▶	<i>"Gestion des praticiens hospitaliers"</i> IGAS, rapport n°2002143	C. de BATZ, F. LALANDE, G. LAURAND décembre 2002
2003 ▶	<i>"La chirurgie française en 2003, les raisons de la crise et les propositions"</i> , rapport remis au Ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées	J. DOMERGUE et H. GUIDICELLI, février 2003
2003 ▶	Mission d'Information sur l'organisation interne de l'hôpital : <i>"Le désenchantement hospitalier"</i> , Assemblée Nationale, rapport d'information n°714	R. COUANAU Commission des Affaires Culturelles, mars 2003
2003 ▶	<i>"Médicalisation de l'ONDAM"</i> , rapport au Ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées	A. COULOMB Rapporteur, 31 mars 2003
2003 ▶	<i>"Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé"</i>	D. DEBOUZIE, 31 mars 2003
2003 ▶	Plan hôpital 2007, Mission relative aux spécificités des CHU, <i>"Restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et l'université"</i>	D. DUCASSOU, D. JAECK, B. LECLERCQ, avril 2003
2003 ▶	Projet hôpital 2007 : mission sur <i>"la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale"</i>	D. DEBROSSE, A. PERRIN, G. VALLANCIEN, avril 2003
2003 ▶	<i>"Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire"</i> rapport au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées Paris : Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.	C. DESCOURS, mai 2003

II.2.2.2 LE CONTEXTE INTERNATIONAL

Le contexte international permet de tirer bénéfices de nombreuses expériences publiées. Nous avons pris l'option, pour des raisons pédagogiques, d'en analyser deux :

- 1► Les incidents survenus en Angleterre, à l'Infirmierie Royale de Bristol. Les décès survenus ont conduit à l'élaboration d'un rapport synthétisant 900 000 pages d'enquête.
Cette étude de cas a été exemplaire par la valeur et les conséquences tirées en terme de réflexion sur la régulation professionnelle en vue de faire évoluer les compétences individuelles et collectives.
- 2► L'Institut de Médecine a coordonné en trois étapes et en trois rapports une réflexion progressive pour améliorer la qualité de la médecine pratiquée aux USA. Le dernier rapport a pour sujet principal une réflexion relative à l'amélioration des compétences professionnelles.

1► Le rapport d'enquête publique concernant les enfants opérés du cœur à l'Infirmierie Royale de Bristol (UK) (Annexe 2) Synthèse, traduction et rapport élaborés par le Docteur Hervé MAISONNEUVE

Environ un tiers des enfants opérés à cœur ouvert, à l'Infirmierie Royale de Bristol en Angleterre, avaient des soins qui n'étaient pas toujours appropriés (dans le service de chirurgie cardiaque pédiatrique). Tel est le constat d'une commission d'enquête qui a rendu son rapport en 2001. Entre 1988 et 1994, les taux de mortalité en chirurgie cardiaque pédiatrique pour les enfants de moins de un an étaient à peu près doubles des taux observés en Angleterre. Les taux de mortalité n'ont pas diminué au cours du temps, comme observé dans les autres centres. Les analyses statistiques des experts ont montré qu'il y avait un nombre excessif de morts, estimé entre 30 et 35 enfants de moins de un an entre 1991 et 1995.

L'histoire de Bristol n'est pas celle de personnes qui ne savent pas soigner, qui auraient voulu nuire ou qui étaient de mauvais professionnels. Les acteurs étaient dédiés aux malades, motivés, et préoccupés par la souffrance humaine. Malheureusement certains manquaient de perspicacité et leur comportement était déviant. La plupart n'ont pas communiqué entre eux et n'ont pas travaillé ensemble dans l'intérêt des patients. Un manque de leadership et de travail d'équipe existait.

Extraits de la Préface de "Learning from Bristol"

IAN KENNEDY - JUILLET 2001

Ce rapport doit conduire à une meilleure compréhension de ce qui s'est produit à Bristol, dans le département de chirurgie cardiaque pédiatrique dans les années 1980 et 1990. Il y a eu des défaillances, à la fois sur le plan collectif, et sur le plan individuel. Des parents ont souffert de la perte d'un enfant, alors que cela n'aurait pas dû survenir. Ce fût une tragédie. Cette tragédie est née de souhaits et d'ambitions élevés, faisant intervenir des personnes investies considérablement dans leur travail. Les souhaits étaient trop élevés et les ambitions l'étaient tout autant. Bristol a simplement trop présumé de ses forces. Beaucoup de patients et d'enfants en ont bénéficié. Trop d'enfants n'en ont pas bénéficié. Trop d'enfants sont morts. /...../
A travers cette enquête, les procédures et l'enchaînement des faits deviennent compréhensibles./...../
Nous souhaiterions pouvoir être sur de croire que de tels faits ne se reproduiront pas. Nous ne pouvons pas en avoir l'assurance. A moins que les leçons ne soient apprises, cela peut certainement se reproduire, même si cela peut dépasser le cadre de la chirurgie cardiaque. Pour cela, nous avons pensé en tirer les leçons, et nous avons fait des recommandations pour le futur. Nous offrons cette perspective pour que le National Health Service en tire les conséquences pour le 21ème siècle. Mais l'entreprise est considérable. Du temps et des ressources seront nécessaires pour conduire à des changements indispensables. Nous avons proposé près de 200 recommandations. Ce sont les recommandations de nous tous. Notre travail est fait. C'est aux autres de décider comment aller de l'avant.

► **La démarche de l'Institute of Medicine (Washington DC, USA) "Health Professions Education: a Bridge to Quality" (annexe 3) Synthèse, traduction et rapport élaborés par le Docteur Hervé MAISONNEUVE**

En 1996, l'Institute of Medicine (IOM) a mis en place un "Committee on Quality of Health Care in America". L'objectif était de faire avancer et diffuser l'information scientifique afin d'améliorer la santé humaine. Les bases de cette démarche ont été :

- De structurer l'analyse en 3 étapes successives :
 - 1) constater que les erreurs sont humaines, mais très nombreuses (*rapport de 1999*),
 - 2) proposer des recommandations pour améliorer la qualité du système de santé américain (*rapport de 2001*),
 - 3) adapter la formation des professionnels de santé aux changements de l'environnement pour améliorer la qualité (*rapport de 2003*),
- d'améliorer et de rendre indispensable l'information des patients et des décideurs sur la qualité du système de soins pour faire évoluer le système,
- d'engager une réorganisation forte des formations professionnelles et une régulation des professions de santé dans un contexte interdisciplinaire.

Les deux premiers rapports ont apporté une "vision" pour améliorer la qualité, et conclu que pour mettre en œuvre cette vision, un pré-requis était d'avoir des professionnels de santé compétents, ce qui est l'objet du 3^e rapport.

La préface de ce rapport résume au mieux les objectifs :

"Health Profession Education: A Bridge to Quality"

EDWARD M HUNDERT, MD - Co-Chair & MARY WAKEFIELD, PhD, RN - Co-Chair - March 2003

La formation des Professionnels de Santé : Un Pont pour la Qualité (Health Profession Education : A Bridge to Quality) montre que la réforme de la formation des professionnels de santé est un point clé pour augmenter la qualité des soins aux Etats-Unis. En proposant les bases de ce pont, le comité qui a produit ce rapport souhaite souligner que les efforts pour toute réforme doivent englober tous les professionnels de santé, reconnaître la contribution de chaque profession, et inclure ceux qui, en dehors de la formation, à des degrés plus ou moins importants, décident ce que les professionnels de santé doivent apprendre. Les membres de notre comité représentaient un large éventail des professions et métiers liés à la santé, et nous avons une dette collective envers le groupe des 150 experts qui ont participé à la conférence pour l'éducation des professionnels de santé de l'IOM en juin 2002, et qui ont contribué à nos réflexions. De manière répétée, nous avons entendu dans les groupes de travail de cette conférence des réflexions sur la valeur de la collaboration entre les professions pour comprendre la nature des problèmes concernant la formation des professionnels de santé et l'importance de construire des solutions ensemble. De nombreux experts ont regretté l'absence de forums interdisciplinaires, et beaucoup des stratégies et actions proposées par les participants de la conférence construisent explicitement des "ponts" entre les professions.

Bien que l'environnement universitaire des professions de santé ne soit généralement pas interdisciplinaire, l'environnement pour la pratique des soins l'est, ce qui pose un sérieux problème lié à l'écart entre la formation et la pratique. Dans le futur, nous espérons plus (et non moins) de chevauchement et même des fusions de rôles. Idéalement, la collaboration entre les cliniciens sur les lieux d'exercice doit mettre en valeur les forces de chaque profession et ainsi optimiser les soins des patients. Nous pensons que ceci est vrai dans le domaine de la formation des professionnels de santé et qu'il est temps de mettre en œuvre une approche commune de la réforme de la formation. Les professionnels, et plus important encore, les patients en seront les bénéficiaires.

III. LES ENJEUX DE L'ÉVALUATION DE LA COMPÉTENCE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'évaluation de la compétence des professionnels de santé constitue aujourd'hui un enjeu majeur au cœur des évolutions du système de santé notamment :

- ▶ L'évaluation de la compétence interfère avec la question de la régulation de la démographie professionnelle dans le domaine de la santé autour de partage et de redistribution de tâches entre les différents métiers.
- ▶ Elle a un impact sur la question de la flexibilité rencontrée dans et hors l'hôpital en redynamisant les perspectives hospitalières en matière de gestion des ressources humaines et d'évolution de carrière pour l'ensemble des professions de santé.
- ▶ Elle permet la régulation des parcours individuels professionnels dans le secteur libéral par la mise en œuvre d'un système de validation en cours de "carrière" en structurant les passerelles intraprofessionnelles et extraprofessionnelles.

Au travers de ces enjeux, l'évaluation de la compétence participe directement *"au développement d'une politique ambitieuse d'amélioration continue de la qualité des soins"*.

L'état des lieux identifie des modes opératoires possibles pour atteindre cet objectif. L'évaluation de la compétence des professionnels permet notamment en santé comme ailleurs :

- ▶ La gestion maîtrisée des risques (p.17)
- ▶ L'adaptation des métiers aux évolutions techniques et scientifiques (p.18)
- ▶ La professionnalisation des métiers et leur régulation interprofessionnelle p.19)
- ▶ La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences tant au niveau local qu'europpéen (p.20)
- ▶ La professionnalisation des métiers et la mise en œuvre d'une formation continue adaptée (p.21)
- ▶ La reconnaissance des acquis de l'expérience (p.22)

L'ensemble de ces enjeux a fait l'objet de nombreux développements tant au niveau national qu'international repris dans les principales références en fin de rapport. Plutôt que de reprendre ces argumentaires, nous avons choisi délibérément de les illustrer par quelques exemples visuels témoignant d'un intérêt sociétal et professionnel indiscutable. Enfin l'analyse des entretiens menés avec tous les acteurs rencontrés (p.27) rend compte concrètement de leurs perceptions de ces enjeux.



- Un des numéros du British Medical Journal de mars 2000 comparait les 100 000 décès dus aux erreurs médicales aux États-Unis au nombre inférieur de morts liés aux crashes aériens afin de stigmatiser l'importance de la gestion maîtrisée des risques dans le domaine des "high risk enterprises".

Lettre Ordre des chirurgiens-dentistes

janv/fév - 2003

Arthrographie, arthroscopie

La capacité et la compétence des chirurgiens-dentistes

Au regard des risques encourus lors de la réalisation d'interventions d'arthrographie et d'arthroscopie par des chirurgiens-dentistes, l'assurance maladie sollicite le Conseil national à propos de la compétence des confrères en la matière.

Un chirurgien-dentiste peut-il pratiquer des actes d'arthrographie et d'arthroscopie susceptibles d'être remboursés par la sécurité sociale ? C'est la question que le service médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) a adressée au Conseil national dans un courrier daté du 25 septembre dernier.

En effet, la CNAM relève l'existence d'« indications médicales très limitées et de risques de complications péri et postopératoires » associées à la réalisation de ces interventions, notam-

ment en matière de lésions vasculaires et nerveuses. A ce titre, le service médical de la CNAM s'interroge sur « le bien-fondé du remboursement des actes d'arthrographie et d'arthroscopie pratiqués par les chirurgiens-dentistes sur les articulations temporo-maxillaires (ATM) ». En insistant encore une fois sur l'importance des risques pour le patient, la CNAM sollicite donc l'avis du Conseil national quant à la capacité professionnelle des confrères à réaliser des interventions d'une telle nature.

Dans sa réponse datée du 17 octobre dernier, le Conseil national rappelle qu'« il est constant que les chirurgiens-dentistes soignent les troubles de l'ATM » et qu'ils sont très souvent amenés dans le cadre de leur exercice à « intervenir sur les maxillaires, en particulier ceux d'entre eux qui pratiquent la chirurgie buccale ».

Dès lors, poursuit le Conseil national, « il paraît tout à fait légitime que les chirurgiens-dentistes qui possèdent la formation nécessaire, et par conséquent une compétence certaine, puissent pratiquer de tels actes ». Le Conseil national ajoute que les confrères ont tout à fait conscience « des éventuelles complications » liées à la réalisation de telles interventions ainsi que de leur entière responsabilité s'agissant des actes pratiqués. ■

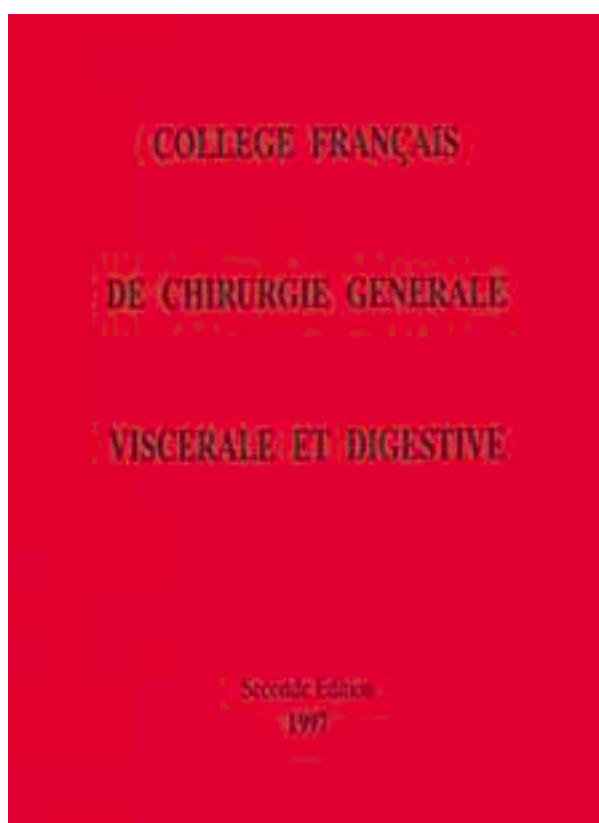
Robert Regard

Vice-président du Conseil national

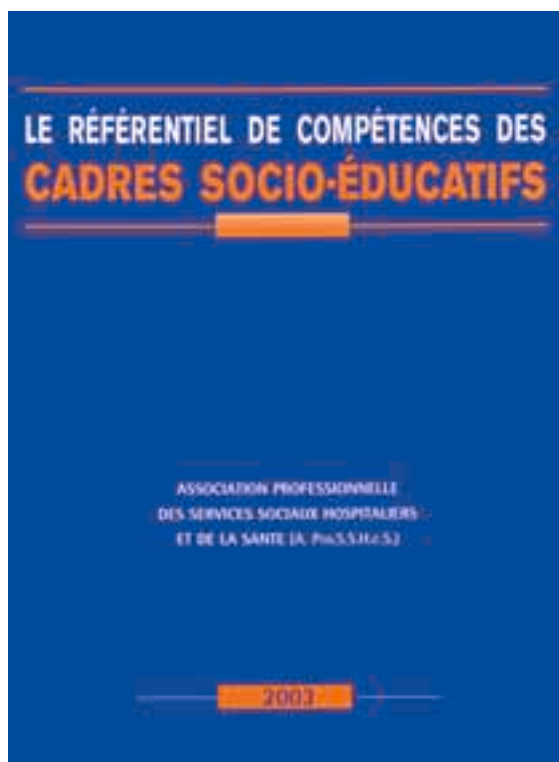
- Les chirurgiens dentistes soulignent que l'amélioration et le suivi des niveaux de compétence contribuent à une meilleure gestion des risques et responsabilisent les professionnels.



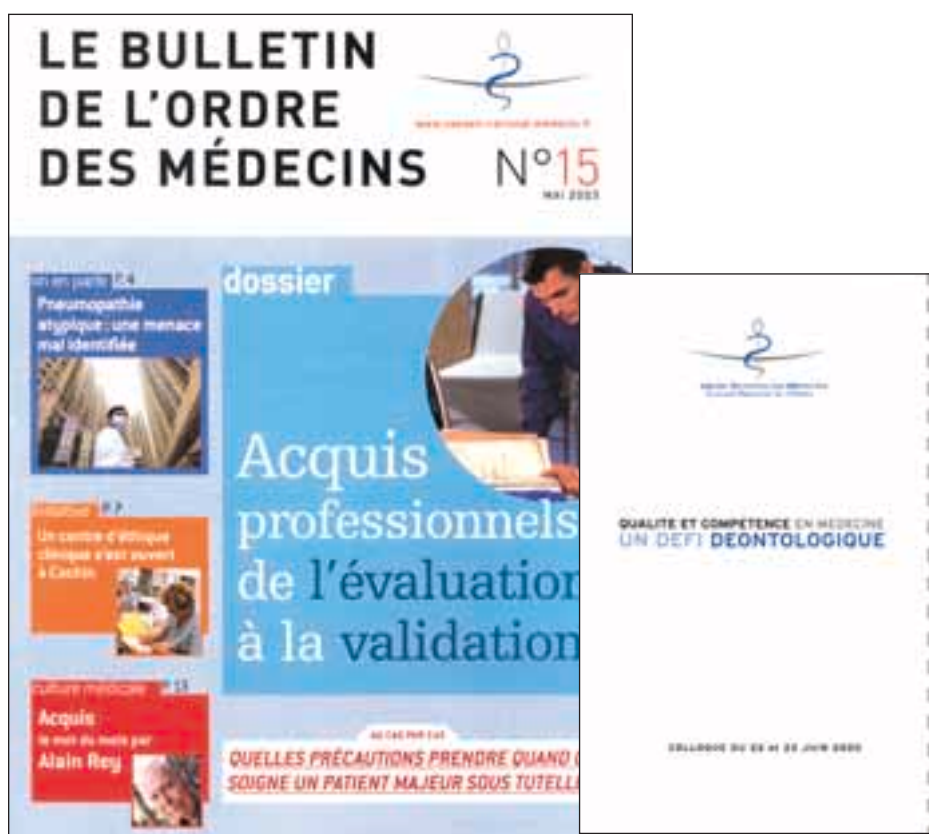
- ◀ Pour les compagnies aériennes, les exigences de connaissances et de savoir-faire professionnels en situation à risques sont régulièrement réactualisées en équipe et portées à la connaissance de l'utilisateur.



- ◀ Dès 1997, le Collège Français de Chirurgie Générale, Viscérale et Digestive présente les critères d'agrément des services formateurs. En 2003, la Fédération des Collèges Français des Spécialistes Chirurgicaux structure et renforce une démarche permettant de garantir la qualité de la formation et des compétences des jeunes chirurgiens autour des savoirs et des expériences pratiques.



- ◀ "Faire évoluer les métiers en terme de valorisation et de reconnaissance, se donner les moyens et l'opportunité de dynamiser les professionnels concernés et enfin faire évoluer les contenus des formations initiales" tels sont les enjeux mobilisés par les professionnels autour de la production de référentiels métiers.



- ◀ Dès 2000, le Conseil National de l'Ordre des Médecins publie un ouvrage consacré aux relations entre qualité et compétence. La loi du 4 mars 2002, art L.412-2 stipule que "L'Ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes veillent 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".

Fonction publique hospitalière

Un répertoire des métiers hospitaliers, dans les secteurs public et privé, est actuellement en chantier.

▼ Pour la fonction publique hospitalière, la mise en place de dispositifs de GPEEC est désormais coordonnée par une structure paritaire : l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière. Créé par un décret du 28 décembre 2001, puis installé le 17 avril 2002, il a pour mission de suivre l'évolution des emplois dans la fonction publique hospitalière (métiers, fonctions et qualifications), et de proposer des orientations prioritaires, notamment en matière de formation.

▼ L'observatoire vient de lancer, en collaboration avec des acteurs du secteur privé, la réalisation d'un répertoire des métiers hospitaliers, dont l'objectif sera de gérer de manière préventive les métiers émergents ou menacés de disparition, mais aussi de fournir aux établissements de santé un outil de management pour l'évaluation, le recrutement, la formation et la mobilité de leurs personnels.

▼ Depuis fin 2002, l'observatoire réunit des groupes d'experts, afin de construire une carte des métiers qui seront ensuite décrits plus finement (activité, compétences, passerelles vers d'autres métiers, facteurs d'évolution), avant d'être réunis dans un répertoire prévu pour début 2004.

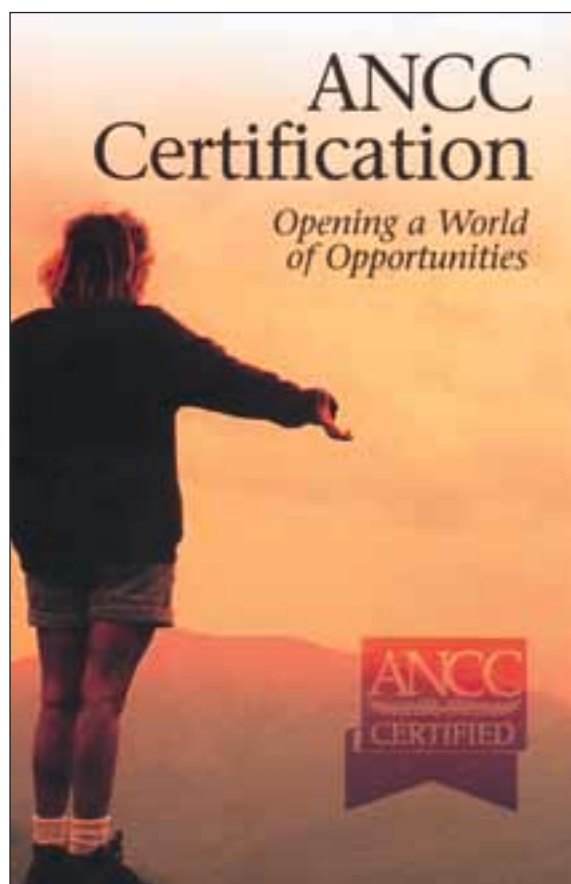
- ◀ Un répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière est actuellement en préparation. La mise en œuvre d'un dispositif d'évaluation des compétences efficient pour les professionnels de santé est un complément indispensable à une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences opérationnelle.

PANORAMA

UN ESPACE D'ÉCHANGES POUR DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES

Sur le stand d'AGEFOS PME Rhône-Alpes à l'occasion de la « Fête de l'Entreprise » organisée par la CGPME Rhône le 21 septembre 2002, les initiatives d'AGEFOS PME pour développer l'emploi et les compétences dans les Petites et Moyennes Entreprises ont fait l'objet d'échanges tout avec Monsieur Renaud DUTREUIL, Secrétaire d'Etat aux PME, qu'avec Madame Anne-Marie COMPAGNON, Présidente du Conseil régional Rhône-Alpes.

- ◀ La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences fait partie intégrante des stratégies des entreprises. Cet enjeu vise "une gestion territoriale et prospective de l'emploi" et dispose de leviers de développement tant à l'échelle locale que régionale ou européenne.



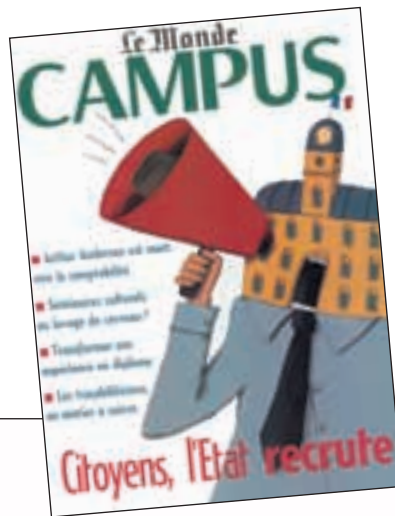
- ◀ L'association des infirmières américaines (ANA) assure différentes missions dont :
 - la certification des infirmières,
 - l'accréditation des programmes de formation continue,
 - la mise en œuvre de programmes de recherche.

Ces axes de régulation et de développement assurent l'adaptation de la formation aux besoins et à l'évolution de la profession.

Ces démarches concernent aussi les autres professionnels de santé.



- ◀ "La recertification (ici rattachée à la notion de formation continue) apparaît à l'issue de ce colloque non comme un contrôle administratif mais comme une façon pour la profession de concrétiser sa volonté de recherche de qualité des soins" (..) d'où l'importance de la responsabilité de la profession dans la mise en œuvre des procédures de recertification".



◀ "Mise en place de La Validation des Acquis de l'Expérience : les demandes affluent".

Transformer son savoir-faire en diplôme professionnel



PASSERELLE. Premier anniversaire pour la validation des acquis de l'expérience. Les demandes affluent

La validation des acquis de l'expérience (VAE) permet bien entendu profondément le succès des aller-retours entre formation et emploi qui constitue de plus en plus le déroulement des carrières dans l'entreprise. Stimulé par un concert nombreux de facteurs, la VAE souffre en effet le premier besoin de reconnaissance. Le patronat applaudit, le ministère de l'éducation reconnaît les vertus formatrices du travail. Les syndicats approuvent, satisfaits de voir accéder aux travailleurs et aux demandeurs d'emploi le droit de faire valoir leurs compétences.

34 / LE MONDE CAMPUS - MARDI 13 MAI 2003

Construire en santé un système de reconnaissance équitable pour l'ensemble des professionnels de santé et respectueux des exigences de la qualité et de la sécurité des soins représente un enjeu tant pour les professionnels concernés que pour les organisations.

IV. QUEL SYSTÈME D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN SANTÉ ?

IV.1 MODALITÉS DE TRAVAIL

Depuis de nombreuses années, différents secteurs d'activités (industrie, service,...) ont développé des méthodes d'évaluation de la compétence. Il existe une littérature abondante sur le sujet particulièrement dans le champ de la gestion des ressources humaines et de la formation ainsi que dans le champ de la sécurité et de la qualité.

En revanche, ce modèle n'a pas été exploré de façon globale dans le champ de la santé. C'est l'objet de la mission "*Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*".

Compte tenu des termes de la lettre de mission et de son caractère transversal, la mission a considéré que son étude concernait les professionnels de santé dans son acception la plus large c'est-à-dire l'ensemble des professions réglementées par le code de la santé publique². Sur ces bases ont été explorées :

- ▶ d'une part, l'étude de la compétence pour les professions médicales. Ces professions sont aujourd'hui régies par un Ordre : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien.
- ▶ d'autre part, l'étude de la compétence pour les autres professionnels de santé. Ces professions sont régies par des cadres réglementaires différenciés (*voir page 9-10 et annexe 1*).

En cours d'étude, la mission a été amenée à rencontrer et à intégrer dans la démarche menée certains acteurs professionnels du champ de la santé mais non référencés comme tels dans le code de la santé publique (notamment, aide-soignante, technicien en analyses biomédicales, psychologue, assistante sociale) et ce au regard de leur production de référentiels métiers ou de leur participation directe aux soins.

La méthode de travail retenue a été la suivante :

- ▶ Analyse documentaire : publications et rapports (*voir références*).
- ▶ Recensement systématique des expériences traitant du sujet dans le champ de la santé et hors du champ de la santé, en France et au niveau européen et dans les principaux pays anglo-saxons.
- ▶ Contacts par courrier et appels à contribution de l'ensemble des professionnels concernés par le sujet par le biais des représentations professionnelles ordinales, associatives, syndicales, ... tant salariés que libéraux ou étudiants. Prise de contact également auprès de l'ensemble des organisations (Fédérations, ...) et institutions concernées.
- ▶ Suite aux contacts écrits, campagne d'entretiens semi-directifs auprès de l'ensemble des organisations et institutions concernées, des représentations professionnelles ordinales, associatives, syndicales, ... tant salariés que libéraux.
- ▶ Participation à des rencontres internationales sur le sujet (notamment congrès Meeting of the Royal Society of Medicine, février 2003, Global Alliance for Medical Education – GAME - juin 2003 ...) et prise de contact auprès des directions en charge de ces dossiers à la Commission Européenne.
- ▶ Elaboration progressive de préconisations présentées et discutées avec les acteurs professionnels et institutionnels rencontrés.

IV.2 L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ A L'ÉTRANGER

Sans visée exhaustive, quelques grands principes potentiellement utiles pour la France peuvent être tirés des expériences étrangères, notamment celles des pays anglo-saxons les plus en avance sur le sujet. Ces expériences disposant d'un recul suffisant peuvent aujourd'hui être analysées.

IV.2.1 PRÉAMBULE

De très nombreux articles et rapports en anglais décrivent les actions mises en œuvre sur ce thème dans différents pays. Des rapports en français, (notamment de l'UNAFORMEC, de l'IGAS, de la CNAMTS, de l'ANAES) peuvent également contribuer à la compréhension internationale du sujet.

Avant toute analyse, il est indispensable de souligner les difficultés qu'il y a à comparer directement les différents systèmes de santé, qui sous des apparences ou des vocables semblables révèlent des différences fondamentales.

- ▶ La traduction littérale "français /anglais" et "anglais /français" peut être source de confusion. La sémantique recouvre pour un même mot, selon les pays, des sens notoirement différents.
- ▶ Les structures, institutions et instances professionnelles chargées de la mise en œuvre doivent être replacées dans le contexte spécifique de chaque pays.
- ▶ L'analyse des publications doit être attentive, les auteurs ayant parfois tendance à valoriser par excès les structures dans lesquelles ils exercent des responsabilités.

Pour ce qui concerne la sémantique, à titre d'exemple historique, nous pouvons évoquer la signification du mot "accréditation". Ce mot a fait l'objet de définition et de déclinaison de mise en œuvre dès 1996 en France. Il représente une procédure qui vise à évaluer la mise en place des démarches chargées de promouvoir la qualité et de mieux gérer les risques dans les établissements de santé. Ce mot est aussi utilisé par la FMC (dont les producteurs peuvent être accrédités), et le développement professionnel.

Il en est de même des mots recertification/revalidation. À titre d'exemple, le numéro spécial du British Medical Journal (BMJ - *volume 319 du 30 octobre 1999*) aborde cette procédure et dans ce même numéro, le terme revalidation est utilisé pour le Royaume-Uni et le terme recertification par les USA.

IV.2.2 LES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES

De nombreux pays ont développé depuis quelques années au sein de leurs systèmes de santé des procédures d'évaluation individuelle des professionnels de santé, tant d'un point de vue des compétences requises que des performances attendues. Ces démarches concernent plus particulièrement les médecins, dans le cadre de dispositifs de certification/recertification. Pour cette raison, la mission n'a pas développé en première intention dans ce rapport les expériences internationales liées aux professions paramédicales.

- ▶ *l'Angleterre* a structuré par le système centralisé du NHS, des expériences locales. Le General Medical Council et le Royal College of General Practitioners proposent dès 2002 une expérience en cours de mise en œuvre et qui devra être évaluée. La recertification, fondée sur le contenu du métier, mise en situation, se ferait tous les 5 ans avec des critères multiples cliniques et non cliniques, incluant une appréciation de la performance du praticien.

Au Royaume-Uni, les fonctions de la British Medical Association (BMA) sont difficilement comparables à celles de nos organisations syndicales et/ou professionnelles. Elles ne sont pas strictement celles du Conseil National de l'Ordre des Médecins français ni celles des grands syndicats français. L'autorégulation professionnelle est au cœur de la philosophie des soins médicaux au Royaume-Uni. Cependant, les demandes de transparence et de preuve de confiance ne cessent d'augmenter. En réponse à cela, le General Medical Council a la mission d'introduire une "revalidation" périodique pour tous les médecins.

► **Aux USA**, la qualification d'un médecin repose sur un diplôme obtenu après 11 ans minimum d'études. Les conditions pour exercer et pratiquer, requièrent d'une part d'obtenir le diplôme, d'autre part d'obtenir le titre de médecin (MD), enfin de compléter avec succès le USMLE. La licence d'exercice est ensuite validée par l'État dans lequel le praticien exerce.

- La régulation des performances des praticiens est placée sous la responsabilité de l'hôpital. L'accréditation des hôpitaux (par la JCAHO) considère des critères devant être satisfaits. Pour ce faire, le médecin doit se former, exercer et être recertifié. L'hôpital ne considère pas que l'autorisation est donnée à vie pour pratiquer dans l'établissement.

- L'expérience à ce titre de la recertification en médecine interne est intéressante, non pas par un succès historique et permanent mais par le développement approprié d'étapes progressives stimulant la participation à ces programmes de recertification.

- Une approche plus large de ces mécanismes est engagée avec l'ensemble des 24 boards de spécialités médicales (ABMS). La recertification y est mise en œuvre à périodicité oscillant entre 7 et 10 ans.

- Le Conseil d'Accréditation de la Formation Médicale /ACGME Accreditation Council for Graduate Medical Education a décrit en 1999 les six compétences nécessaires pour les résidents américains :

- fournir des soins appropriés,
- avoir des connaissances médicales,
- culture de l'amélioration et de l'apprentissage basé sur la pratique,
- capacités de relations interpersonnelles et de communication,
- "professionnalisme",
- pratique adaptée au système de soins.

Ces six compétences sont actuellement reprises, avec quelques adaptations, comme critères d'acquisition de base par l'ensemble des associations médicales de formation initiale et continue (par exemple American Association of Medical College - AAMC et Accreditation Council for Continuing Medical Education - ACCME).

► **En Australie**, la recertification est une procédure récente se basant sur un investissement significatif des collèges médicaux et chirurgicaux. La recertification y est mise en œuvre tous les 5 ans. Elle porte sur la formation médicale continue, les demandes d'amélioration de la qualité, l'évaluation des pratiques professionnelles étant en option. Dans tous les cas, elle associe un test des capacités cliniques, et des qualités humaines et de communication.

► **Au Canada**, les orientations en la matière sont nationales. Les provinces ont la responsabilité de la délivrance du droit d'exercice professionnel. La revue par les pairs, notamment du dossier médical dans les années 80, a permis d'initialiser une démarche générale par les corporations professionnelles. Les collèges, le Royal College of Physicians and Surgeons of Canada et le College of Family Physicians of Canada, se partagent la mise en œuvre. Une méthode en trois étapes est en cours de test depuis 2000. La recertification formelle systématique n'est pas encore une réalité généralisée en 2003.

► **En Hollande**, un mécanisme de qualification (appelé "registration" ou "enregistrement") a été complété par une phase de requalification depuis 1991. Un critère quantitatif était utilisé, basé sur un nombre d'heures de pratique professionnelle. Un critère qualitatif est maintenant associé. 40 heures de formation continue annuelles sont indispensables. Les sociétés savantes de spécialistes assurent cette formation continue. Par ailleurs, une étude de la pratique professionnelle sur les lieux de travail est possible (mécanisme de revue par les pairs développé avec la méthode de l'audit clinique). Il faut signaler d'ailleurs que cette démarche existe au sein des hôpitaux. Globalement, la recertification (ou requalification) est principalement basée sur la formation médicale continue qui doit être effective.

► **En Espagne**, l'organisation administrative repose sur une répartition de responsabilité avec les 17 régions autonomes. La Catalogne crée le conseil catalan de la formation médicale continue en 1989, qui sera opérationnel en 1996. En 1990, plusieurs sociétés savantes mettent en place un système d'accréditation de la formation continue. Ce n'est que plus récemment (en 1999) que la formation continue des autres professionnels de santé a été prise en considération. Une commission nationale a été chargée de cette action, en relation avec des commissions régionales. Il est trop tôt pour juger de l'efficacité de cette organisation. Un accord interministériel relatif à la formation continue aux professions de santé a été signé le 8 janvier 2002 par le ministre de la santé et le ministre de l'éducation nationale avec l'association médicale espagnole. En janvier 2003, le conseil espagnol d'accréditation de la formation médicale continue est désigné. Globalement, la formation médicale est l'objectif actuel principal pour structurer peut-être à terme un mécanisme de recertification.

Quelques grands principes ressortent de l'ensemble de ces expériences :

- reconnaissance d'un objectif de mesure sous l'impulsion d'une prise de conscience professionnelle collective et d'une revendication sociétale,
- caractère volontaire prédominant de ces démarches, même si les USA. et l'Angleterre sont plus "dirigistes", laissant toutefois aux organisations professionnelles le soin de la maîtrise d'œuvre,
- pluralité d'acteurs interférant dans ces démarches pour tous les pays, cette diversité nécessitant d'organiser des dispositifs cohérents,
- formalisation des procédures dans le temps, nécessitant des dispositifs initiaux simples (UK, Australie) mais capable d'évoluer progressivement en complexité et en pertinence.

Ces 4 points concordent avec les premiers constats effectués par la mission, et peuvent servir de lignes conductrices aux perspectives à développer notamment en matière de mise en œuvre.

IV.3 L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN FRANCE AU REGARD DES ENTRETIENS MENÉS

La mission a recensé à ce jour à partir des entretiens menés et du fond documentaire collecté auprès des professionnels (référentiels métiers, grilles d'évaluation, réflexions interprofessionnelles, études européennes) un nombre important d'expériences menées et en voie de formalisation autour de la notion de gestion par la compétence ou de reconnaissance par la compétence.

L'ensemble des professionnels engagés dans cette piste de travail a souligné le caractère fondamental de cette démarche vis-à-vis de leur pratique, tant dans un souci d'amélioration de la qualité des services produits que d'affirmation d'une spécificité professionnelle et de son inscription et son évolution dans le système de santé. Tous ont souligné l'importance de formaliser un dispositif d'évaluation de la compétence pour mener à bien sur le long terme leur mission respective.

Un premier accord sur les éléments constitutifs de la compétence a été retenu par l'ensemble des acteurs auditionnés : la compétence d'un professionnel peut être validée par l'obtention du diplôme initial, la mise en œuvre d'une formation continue, une activité professionnelle effective, et un mécanisme de mise en œuvre de revue par les pairs régulier s'il existe. En corollaire, la question de la recertification des professionnels a été régulièrement abordée.

L'analyse des expériences internationales et de la situation en France, nous conduit à formuler les remarques suivantes :

- ▶ Le diplôme d'un médecin ou d'une infirmière et de tout professionnel de santé, conduit à l'exercice professionnel.
- ▶ L'expérience professionnelle acquise permet naturellement de faire évoluer ces compétences en tenant compte des éléments d'évolution du métier. Il est nécessaire que cette activité professionnelle soit effective et suffisante. La notion de seuil minimum n'est pas le moyen le plus approprié pour objectiver l'importance de l'activité. Elle peut-être jugée avantageusement par une révision par les pairs, avec des procédures d'organisation maîtrisant et évitant les aspects corporatistes.
- ▶ La participation à des activités de formation permet aussi d'acquérir les éléments techniques et la prise en compte environnementale de la mise en œuvre des compétences. En France, la formation continue est développée dans des conditions variables selon les professions et les statuts juridiques de l'exercice professionnel. Dans la plupart des pays développés, elle constitue un élément essentiel de l'évaluation des compétences professionnelles, portant à la fois sur les savoirs, mais aussi sur les "savoir-faire" et "savoir-être".
- ▶ L'évaluation des pratiques professionnelles, utilisant le mécanisme de révision par les pairs (peer-review) peut contribuer à cet objectif en mesurant l'écart entre une pratique idéale et la pratique réelle. Chaque fois qu'elle existe, ce qui est le cas en France, cette démarche doit être utilisée et valorisée. Il faut reconnaître que peu de pays développés utilisent cette démarche. La France a mis en œuvre un dispositif dont les URML ont la responsabilité avec l'aide de l'ANAES. Il serait possible d'utiliser cette démarche dont les expérimentations ont démontré la faisabilité.

Nous avons, donc, évoqué à plusieurs reprises, ce mécanisme de révision par les pairs (peer-review). Ceci nous conduit à formuler deux remarques :

- ▶ Plus que le mécanisme de discussion et d'étude par les pairs, c'est l'objectif du mécanisme qui importe. Il doit être explicité, discuté, approuvé par ceux qui en tireront les bénéfices. Par exemple : la révision des dossiers médicaux et/ou infirmiers doit faire l'objet d'un accord partagé, y compris vis-à-vis des conditions d'utilisation des résultats.
- ▶ La procédure de révision par les pairs ne peut pas être assimilée et limitée à l'application d'une procédure. Elle peut donc être vidée de son sens, ce que confirme l'analyse de l'affaire de Bristol (*voir page 15 et annexe 2*). Les vrais problèmes, en terme de résultats, doivent être explicités, analysés et traités.

Il faut distinguer les compétences individuelles et collectives. Parmi elles, les compétences individuelles cliniques sont parfois en cause dans les défaillances étudiées, mais ce sont surtout les compétences liées au management, à la gestion, à la communication, à l'interdisciplinarité et au "leadership" qui restent aujourd'hui à développer et reconnaître.

Une véritable stratégie est à mettre en œuvre pour faire émerger les compétences nécessaires. Elle doit impliquer et concerner les responsables de la formation initiale, de la formation continue, mais aussi les gestionnaires. Ces derniers ont la responsabilité de mettre à disposition du public les compétences les meilleures (que ce soient les directeurs d'établissements ou les responsables de l'organisation du système de santé).

Sans chercher à être exhaustive, la mission a recensé les différentes formes prises par ces travaux aujourd'hui en cours touchant et mêlant notamment les champs de la formation initiale, de l'exercice professionnel, de la formation continue :

- ▶ Habilitation professionnelle portée par les sociétés savantes et les collèges de spécialités en vue de validation de DES et suivi des spécialistes (orthopédistes, chirurgiens digestifs, urologues, cardiologues, projet de certification du futur DES médecine générale du CNGE...). Définition du cadre de compétences de la discipline des soins infirmiers (Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés d'Etat - ANFIIDE).
- ▶ Réflexion institutionnelle en cours sur l'évolution de système de reconnaissance professionnelle de la qualification pour le troisième cycle des études médicales au regard de l'Art L-632-2 de la loi du 17 janvier 2002 (commission de qualification).
- ▶ Réflexion sur l'évolution des dispositifs de formation initiale et continue : réflexion institutionnelle sur la première année commune de l'ensemble des professionnels de santé (Commission Pédagogique Nationale de la première année des études de santé), proposition des différents représentants des professions paramédicales sur des cursus professionnels permettant l'intégration dans le schéma européen Licence, Master, Doctorat (Union Inter-professionnelle des Associations de Rééducateurs et Médicotechniques - UIPARM, Fédération Française des Psychomotriciens - FFP).
- ▶ Préparation des décrets d'application concernant la mise en œuvre de la FMC.

- ▶ Réflexion européenne en terme de compétences attendues pour faire évoluer la structure et le fonctionnement des directives sectorielles relatives aux médecins, aux infirmiers responsables des soins généraux, aux praticiens de l'art dentaire, aux vétérinaires, aux sages-femmes, aux pharmaciens, aux architectes, en vue de l'harmonisation des dispositifs de formation dans la communauté européenne dans le cadre du groupe de travail SLIM (Simplifier la Législation relative au Marché Intérieur) sur la reconnaissance des diplômes (rapport et recommandations sur les compétences cliniques nécessaires à l'exercice de l'art dentaire dans l'Union européenne 1996, rapport et recommandations sur les compétences requises pour l'exercice de l'activité d'infirmier responsable en soins généraux dans l'Union européenne 1998).
- ▶ Réflexion autour d'une redéfinition du contour des métiers, la mise en place d'un partage des tâches, la facilitation de passerelles entre différentes professions de santé : poursuite de la mission BERLAND, groupe de travail ARH Ile-de-France...
- ▶ Référentiels métiers élaborés par des spécialités professionnelles médicales et paramédicales (référentiel métier MG form, référentiel métier IBODE, référentiel métier kinésithérapeute, référentiel métier aides soignants, référentiel métier préparateurs en pharmacie, référentiel métier cadres de santé, projet européen (Leonardo Da Vinci/APHP) "Proposition d'un référentiel métier, support de formation pour les cadres infirmiers en Europe"...))
- ▶ Réactualisation du contenu des emplois dans le cadre d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) : rénovation des conventions collectives prenant en compte un système de reconnaissance de compétences acquises en situation (FNCLCC, FEHAP, FHP, répertoire des métiers DHOS)
- ▶ Réflexion des 4 Ordres médicaux sur l'opérationnalisation de la mise en œuvre de leur mission confiée par la loi du 4 mars 2002 de "veille au maintien de la compétence" de tous leurs membres.
- ▶ Bilans de compétences proposés par des spécialités professionnelles médicales en charge de formation continue ainsi que les associations de formations continue (Bilan Professionnel Personnalisé de l'UNAFORMEC, bilan de compétence MG Form, FORMAHP, Décret DHOS n° 2003-759 du 1^{er} août 2003 relatif au bilan de compétence).
- ▶ Mise en œuvre par l'ANAES du dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles dans le secteur libéral avec les Unions Régionales des Médecins Libéraux (Evaluation des Pratiques Professionnelle) et mise en œuvre de sa nouvelle mission concernant l'avis sur les actes à risques (ordonnance de 1996, loi du 17 janvier 2002, décret du 27 mai 2003).

En première analyse, l'ensemble de ces démarches vise à valoriser des exercices spécifiques et à réguler sur le long terme les segments professionnels ou organisationnels de référence correspondants.

Ces démarches sont intimement liées aux évolutions sociétales, scientifiques et politiques actuelles qui imposent aux acteurs du système de santé, individus et organisations, de se donner une visibilité pour être reconnus sur le long terme (capacité d'adaptation et d'anticipation).

On peut citer à ce titre les **différents facteurs d'évolution** pour lesquels les professionnels ont exprimé des préoccupations lors des entretiens :

- ▶ l'accélération rapide des évolutions scientifiques, technologiques et organisationnelles,
- ▶ les problèmes de démographie des professions de santé,
- ▶ l'évolution de l'état de santé de la population (chronicité des maladies, espérance de vie allongée, fréquence des affections aiguës...) nécessitant l'émergence de nouvelles pratiques et d'organisations interprofessionnelles.
- ▶ L'évolution nécessaire du système de formation tant initiale que continue. Outre les réflexions en cours autour de la réforme des études universitaires (schéma Licence, Master, Doctorat (LMD), 1ère année commune des professionnels de santé), les acteurs se sont tous interrogés sur la mise en œuvre du dispositif de Validation des Acquis de l'Expérience porteur de promotion, de reconnaissance sociale et d'évolutions professionnelles.
- ▶ L'ouverture des exercices sur l'Europe entraînant une nécessaire réflexion sur les savoirs de base requis afin de permettre une mobilité des professionnels en toute sécurité et garantir une qualité des soins harmonisée d'un pays à l'autre.
- ▶ Les transferts de compétence État/Régions amènent de même les acteurs à considérer comme indispensable la mise en œuvre d'un dispositif de coordination global tant en terme de formation, que de services.

Au travers de ce foisonnement d'initiatives indépendantes autour de la compétence, s'expriment des objets et des sens très différents tant en terme de démarches (gestion des compétences, description d'activité, reconnaissance professionnelle, formation continue, régulation du système...) qu'en terme d'outils de reconnaissance (labellisation, certification, habilitation, évaluation des pratiques, bilan de compétence, VAE...) et de niveau de responsabilité (régulation institutionnelle, professionnelle, organisationnelle, politique, sociale...).

Ces initiatives trouvent ainsi leurs limites dans une confusion des termes qu'il conviendrait de définir au préalable de façon transversale pour une meilleure efficacité d'un dispositif à venir.

A noter que cette confusion est alimentée par la diversité des textes réglementaires, des institutions de référence et des financements dont dépendent les professionnels de santé selon le segment professionnel et/ou leur lieu d'exercice.

À ce titre, il convient de rappeler que le futur système de VAE relèvera de deux systèmes de reconnaissance selon que la qualification des formations relève d'un diplôme de l'enseignement supérieur (Éducation Nationale) ou du régime dit de "*droit commun*" (c'est-à-dire tous les diplômes permettant l'exercice d'une profession qu'ils soient obtenus "*par les voies scolaires et universitaires, par l'apprentissage, par la formation professionnelle*" ainsi que les diplômes relevant uniquement du Ministre chargé de la santé). De plus, la question de l'accès des professionnels libéraux à ce dispositif reste posée.

La Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) est un droit individuel , instaurée par la loi du 17 janvier 2002 dite de modernisation sociale (Chapitre II , section 1), qui ouvre la possibilité d'obtenir tout ou partie d'un diplôme sur la base d'une expérience professionnelle.

Ce nouveau droit fait suite à une série de mesures prises depuis quelques années en matière de reconnaissance de l'expérience professionnelle :

- ▶ la Validation des Acquis Professionnels (VAP) adoptée en 1985, qui permettait aux salariés ou aux demandeurs d'emploi d'accéder à des formations de l'enseignement supérieur sans le diplôme de base requis, en leur octroyant en quelque sorte une équivalence.
- ▶ Le deuxième volet de la VAP , datant de 1992, qui offrait aux candidats la possibilité d'obtenir une certification en les dispensant au vu de leur expérience professionnelle, d'une partie des épreuves.

La VAE s'adresse à toute personne pouvant justifier de trois ans d'expérience professionnelle ou bénévole dans un domaine en rapport avec le diplôme visé, quel que soit son niveau de formation initiale.

La validation est effectuée par un jury dont la composition garantit une présence significative de représentants qualifiés des professions concernées (professionnels, formateurs, universitaires).

Tous les diplômes concernant les secteurs sanitaires et sociaux devront à terme être accessibles à la VAE. En revanche, l'application de la loi au domaine de la santé, compte tenu de l'intervention des professions réglementées, soulève des questions spécifiques qui devront être débattues avant toute mise en œuvre.

A l'issue des entretiens, force est de constater que l'ensemble des professionnels est aujourd'hui sensibilisé à l'intérêt de développer un dispositif d'observation et d'évaluation des compétences des professionnels de santé. Ce contexte peut donc être considéré comme propice à la mise en œuvre de ce dispositif.

En revanche, la richesse et la diversité des réflexions menées par chacun d'eux renvoient à la nécessité d'une coordination globale, tant en terme de partage d'expériences que d'harmonisation pour permettre l'émergence de pratiques spécifiques, légitimes, harmonisées et efficaces, respectueuses des attentes et des besoins de chacun.

V. ÉVALUER LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : LES CONSÉQUENCES ATTENDUES

Lors des entretiens, les pistes de réponses suivantes ont été évoquées :

- **Pour les professionnels**, l'évaluation des compétences doit reposer sur une véritable reconnaissance des métiers des professionnels de santé ainsi qu'une reconnaissance des situations réelles de travail => le contenu des métiers et leurs évolutions doivent être définis de manière collégiale et transversale et respecter la cohérence avec les différents statuts de l'exercice professionnel. Les référentiels métiers doivent aussi être élaborés, validés et réactualisés sur les mêmes modalités. La cohérence et la méthode de travail doivent être clairement explicitées aujourd'hui.

L'évaluation des compétences doit également permettre d'offrir aux individus de véritables possibilités d'évolutions intra et inter-professionnelles : Quelles sont les limites des acquis de l'expérience pour passer d'un métier à un autre, d'une profession à une autre ? Sur quels savoirs de bases (théoriques, pratiques, expérience) ? Quel doit être le cadre d'une VAE légitime tant pour les professionnels que pour les organisations ? Quels mécanismes structurés pour finaliser les passerelles indispensables dans le futur, entre les professions médicales et/ou paramédicales ?

=> Actuellement, les démarches menées par les professionnels restent en attente d'un cadre coordonné de réflexion intégrant l'ensemble des acteurs partie prenante de cette réflexion (y compris hors du champ de la santé).

- **Pour les organisations et institutions de référence**, l'évaluation des compétences doit permettre d'identifier de façon fine leurs besoins et de reconnaître en regard les compétences des professionnels de santé afin d'agir avec l'ensemble des acteurs sur le problème de la démographie professionnelle. Cette identification des besoins doit également permettre de définir un niveau de qualité des pratiques tant collectives qu'individuelles au delà des champs de la qualification et des actes par la définition de compétences requises et d'en être le garant : Quelle possibilité de flexibilité des emplois en fonction de quel professionnalisme de base ? Pour quelle évolution ? Pour quelle garantie de qualité ?

=> Actuellement les démarches menées restent localisées aux organisations souhaitant les mettre en œuvre.

- **Pour les usagers**, l'évaluation des compétences doit apporter une visibilité en terme de critère de professionnalisme des professionnels de santé qui les prennent en charge : Est-ce le bon professionnel ? Au bon moment ? Au bon endroit ?

"Pour les patients, la compétence n'est pas négociable. Il est choquant de penser que des professionnels puissent être incompetents" (rapport Bristol p.73)

=> Actuellement les démarches menées restent spécifiques aux professionnels et organisations en attente d'un système de validation fiable à destination du public. Cette question n'en reste pas moins l'une des finalités du dispositif.

A l'issue des entretiens menés, les réponses formulées sont toutes pertinentes mais restent attachées à leurs problématiques spécifiques d'origine.

Pour trouver tout son sens vis-à-vis du système de santé, l'élaboration d'une réponse à la question de l'évaluation des compétences doit sans doute revenir au préalable aux missions de santé publique dévolues aux organisations et aux professionnels de santé. Ce recadrage doit permettre de revenir aux valeurs communes qui sous-tendent les missions tant individuelles que collectives souvent évoquées de façon cohérente dans l'ensemble des entretiens. Pour autant, ce retour aux missions de référence et aux valeurs communes n'implique pas l'élaboration d'un référentiel unique en regard de la diversité de la richesse des démarches engagées par les acteurs et qui doivent au contraire se poursuivre pour aboutir.

Pour aboutir, la mise en œuvre d'un dispositif d'évaluation des compétences implique une approche transversale et partagée qui doit porter sur :

- ▶ la connaissance de tous les métiers à partir des savoirs professionnels et de l'évolution des sciences et des technologies quels que soient leurs modes et leurs lieux d'exercice,
- ▶ la connaissance réelle des situations de travail afin de percevoir les passerelles à mettre en place en fonction des évolutions individuelles mais aussi des évolutions organisationnelles en santé et de l'attente des usagers en terme de qualité de prise en charge,
- ▶ la connaissance des contenus de formation en fonction de domaines de compétences requis afin de permettre des formations sur mesure et une évolution souple des systèmes,
- ▶ la mise en place de relais transversaux tant dans les institutions, les organisations (décideurs et représentants du personnel) que chez les professionnels.

Pour l'ensemble des personnes rencontrées, cette démarche nécessite un travail de coordination et de suivi afin de permettre :

- ▶ aux institutions de référence et aux organisations de définir les modalités de gestion de leurs besoins,
- ▶ aux professionnels de santé de s'organiser,
- ▶ aux représentants de la formation initiale de mettre en place des outils de formation en phase avec les évolutions des pratiques professionnelles, les besoins du système de santé et les attentes européennes en matière de compétences et de mobilité des professionnels.

Ces mécanismes sont actuellement à l'œuvre dans l'ensemble des pays développés autour des mêmes modèles de façon plus ou moins organisée notamment pour la profession médicale et la profession infirmière : suivi individuel de développement professionnel par la formation médicale continue (crédit de formation), habilitation professionnelle sur la base de reconnaissances de savoir et savoir-faire de base acquis et reconnus par la profession ou la spécialité (board), suivi de performance individuelle sur la base de contrat en terme d'habilitation à exercer certains actes par les organisations (habilitation, credentialing).

VI. PERSPECTIVES

Le modèle de la compétence est aujourd'hui un concept émergent et structurant, de haute importance sociale et managériale.

- ▶ La loi de Modernisation sociale, du 17 janvier en 2002 a institué la Validation d'Acquis de l'Expérience : la reconnaissance de la compétence des professionnels (en santé comme dans les autres domaines) nécessite d'évaluer cette compétence en intégrant les acquis de l'expérience.
- ▶ Par ailleurs, l'évaluation de la compétence doit permettre d'apporter des réponses fiables, techniquement fondées et transversalement validées à de nombreux problèmes rencontrés aujourd'hui dans le système de santé.

Elle constitue un levier indispensable d'une véritable régulation médico-économique du système de santé en matière de qualité et de sécurité des soins dans plusieurs domaines :

- régulation maîtrisée des reconnaissances professionnelles,
- régulation économique,
- optimisation des ressources,
- performance des établissements de santé,
- démographie professionnelle.

Dans le domaine de la santé, l'évaluation de la compétence professionnelle s'est développée au niveau international et au niveau national à des degrés différents :

- ▶ L'évaluation de la compétence professionnelle est mise en oeuvre dans les pays anglo-saxons depuis déjà plusieurs années : les résultats sont discutés périodiquement dans des instances internationales et font l'objet de publications dans les revues professionnelles. Ces démarches sont intégrées dans des processus de régulation professionnels et institutionnels.
- ▶ L'évaluation de la compétence professionnelle a fait l'objet en France depuis quelques années d'initiatives indépendantes, parcellaires et foisonnantes tant en nombre que par les méthodes employées. Les Ordres professionnels dont les responsabilités dans ce domaine ont été confirmées par la loi du 4 mars 2002 ont développé une réflexion à ce propos.
- ▶ De telles initiatives témoignent de l'intérêt des acteurs du système de santé, dans le but notamment de répondre aux problèmes de reconnaissance et de démographie professionnelle. L'ensemble des initiatives recensées aujourd'hui reste cependant très segmenté et inabouti.

Pour garantir et évaluer la compétence de tous les professionnels de santé de manière efficiente, il est donc nécessaire de dépasser le stade actuel d'initiatives indépendantes et souvent catégorielles pour améliorer la cohérence et la qualité des objectifs et des méthodes utilisées.

Lors des échanges avec l'ensemble des acteurs, des pistes de travail ont été identifiées et, force est de constater qu'il existe :

- ▶ une volonté professionnelle pour travailler sur cette question avec de nombreuses démarches en cours,
- ▶ des outils, proposés, dans les expériences internationales, qu'il conviendrait d'appréhender dans leur contexte et d'adapter au contexte national.

Nous proposons donc de poursuivre cette mission interministérielle afin de piloter concrètement, à partir d'un calendrier à définir en liaison avec les Ministères de la Santé et de l'Éducation Nationale :

- ▶ la mise en œuvre, avec l'ensemble des acteurs concernés (institutionnels et professionnels), d'un dispositif expérimental d'évaluation des compétences à partir de méthodes nationales et internationales,
- ▶ la mise œuvre d'une VAE valorisante et dynamique permettant de garantir la compétence des professionnels de santé en tenant compte des acquis de l'expérience dans le temps, non seulement pour les professions paramédicales mais également pour les professions médicales.

Cette mission de pilotage s'inscrit dans une durée limitée à la mise en œuvre coordonnée et effective des dynamiques existantes sur le terrain.

- ▶ Cette mission ne peut aboutir sans l'accord des syndicats et des professionnels et sans la mise en synergie des actions de la Santé, de l'Éducation Nationale, de l'Emploi et de la Solidarité tant au niveau national que régional.
- ▶ Des cohérences sont à renforcer, compte tenu du dispositif réglementaire en santé (missions définies et régulées par la loi pour chaque qualification), des motivations des professionnels, de l'hétérogénéité des méthodes et des objectifs rencontrés, du dispositif de VAE à mettre en œuvre parallèlement à la réforme des études universitaires.

Il est donc nécessaire de mobiliser des ressources interministérielles associant notamment les ministères concernés (principalement Santé, Éducation Nationale, mais aussi Affaires sociales, Travail et Solidarité et Fonction Publique) et leurs directions respectives (notamment DGS, DHOS, DGAS, Direction de l'enseignement supérieur, DGAFP, DGEFP...) pour :

- ▶ recueillir et mettre à disposition toutes les informations transversales intéressant le sujet de la compétence et de sa mise en œuvre en santé, afin de valoriser concomitamment l'ensemble des démarches identifiées (centre de ressources),
- ▶ mettre en cohérence les méthodes développées par les acteurs afin d'établir un cadre transversal commun, respectant les singularités de chacun et les objectifs d'intérêt général définis par la politique de santé (appui méthodologique),
- ▶ permettre à l'ensemble des acteurs d'intégrer leur démarche dans des objectifs d'intérêt général déterminés par la perspective européenne (coordination),
- ▶ donner de la visibilité à l'ensemble des démarches engagées pour les faire évoluer et pour aider les acteurs professionnels et institutionnels dans leurs décisions tant au plan local qu'au plan national (dispositif d'aide à la décision).

Des expérimentations peuvent apporter des éléments de solutions concrètes, valorisantes et contribuant à une meilleure régulation du système de santé. Pour être opérationnel et cohérent, le pilotage de ces expérimentations de terrain doit être mis en œuvre avec 4 partenaires :

- ▶ **Les fédérations** (notamment FEHAP, FHP, FHF, FNCLCC) et **leurs conférences** dans des établissements de santé publics et privés :
 - pour une expérimentation de la mise en œuvre d'une politique commune de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences pour l'ensemble des professions de santé,
 - pour une expérimentation dans quelques établissements d'outils objectivant les compétences professionnelles médicales et paramédicales.

- ▶ **Les structures ordinales** et un niveau à définir pour les professions n'ayant pas d'ordre professionnel :
 - pour un appui méthodologique à la mise en œuvre par les Ordres professionnels de leur mission de veille au maintien de la compétence des professionnels dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 notamment à partir des commissions de qualifications.

- ▶ **3 ou 4 Universités et Facultés de Médecine** :
 - pour une expérimentation de la mise en œuvre du dispositif de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) pour l'ensemble des professions de santé

- ▶ **Les groupes professionnels** qui doivent être associés aux orientations précédentes :
 - pour un appui méthodologique à l'élaboration de référentiels métiers méthodologiquement valides et évolutifs pour chaque groupe professionnel d'une part et pour chaque professionnel quel que soit le lieu d'exercice d'autre part.

L'efficience de ce pilotage dépend directement des ambitions que l'on voudra bien donner à la mission d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Elle doit être constituée autour d'un dispositif d'intérêt général mais elle peut également développer des pistes d'actions plus spécifiques, identifiant des priorités et des objectifs à court et moyen termes.

VII. ANNEXES

- LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

- RÉFÉRENCES

- ANNEXE 1

L'organisation juridique des compétences des professions de santé

Rapport élaboré par Mr Joël MORET-BAILLY,

Université Jean Monnet-Saint Etienne, Faculté de droit

- ANNEXE 2

Le rapport d'enquête publique sur les enfants opérés du cœur
à l'Infirmierie Royale de Bristol (UK)

Synthèse, traduction et rapport élaborés par le Docteur Hervé MAISONNEUVE

- ANNEXE 3

La démarche de l'Institute of Medicine (WASHINGTON DC - USA)

"HEALTH PROFESSIONS EDUCATION: A BRIDGE TO QUALITY"

Synthèse, traduction et rapport élaborés par le Docteur Hervé MAISONNEUVE

*Nous tenons à remercier
l'ensemble des personnes,
groupes institutionnels et professionnels
rencontrés pour le temps
qu'ils ont consacré à la mission
et les contributions écrites.*

Liste des personnes auditionnées dans le cadre de la mission

Mme ABADIE Marie-Hélène	Présidente du Syndicat Autonome des Orthoptistes/UNRIO
Mme CLENET Marie-France	SAO/UNRIO
Mme ABEILLE Marie-Hélène	GERACFAS
Dr ABOUT Nicolas	Sénateur-Président de la Commission des Affaires Sociales du Senat
Dr ACCOYER Bernard	Député
Dr AUBART François	Président de la CMH
Pr AUSSILLOUX Charles	Président de la Fédération Française de Psychiatrie
Mr AZEMA Bernard	Audioprothésiste - UNSAF
Mr BACH Alain	Union des Opticiens Lunetiers
Mme BALGAIRIES Anne-Marie	CFE - CGC
Mr BARRAULT Yves	Directeur Général de l'hôpital Saint Joseph - Paris
Mme LAURIN-INISAN Anne	Directrice Générale Adjointe de l'hôpital Saint Joseph - Paris
Pr BAULIEUX Jacques	Président de la Fédération des collèges français de spécialités chirurgicales
Pr BEGUE Thierry	SOFCOT
Dr DELAUNAY Christian	SOFCOT
Mr BELLOT Jean-Marie	Secrétaire Général du Syndicat des Cadres Hospitaliers - FO
Mr BERNUS Didier	Syndicat des Cadres Hospitaliers - FO
Pr BERLAND Yvon	Doyen de la Faculté de Médecine de Marseille
Mme BICHERON Françoise	Présidente du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
Mme GIRONA Jacqueline	Secrétaire Générale du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
Pr BINET Jacques-Louis	Secrétaire Perpétuel de l'Académie Nationale de Médecine
Mr BITAUD Jean-Rémy	Délégué à la formation de l'APHP
Mr BLACHERE Michel	Mission VAE - Université René-Descartes - Paris
Pr BLUM-BOISGARD Claudine	Médecin Conseil National de la CANAM
Dr BOCHER Rachel	Présidente INPH
Dr GARRIC Jean	INPH
Mme BONATO Amélia	Présidente de l'AFPPE
Mr BOUSSARD Jean-Marc	Secrétaire National de l'AFPPE
Mr PUGIN Jean-Maurice	Secrétaire Général de l'AFPPE
Mr HUSSON Roger	AFPPE
Dr BONET Philippe	Président de l'UNAFORMEC
Dr CLAVEROL Pierre/Dr GALLOIS Pierre	UNAFORMEC
Dr TOBELEM Marcel	UNAFORMEC
Mr BOURGER Pascal	Président de la Fédération Française des Psychomotriciens
Mr PITTERI Franck	Fédération Française des Psychomotriciens
Mme BRESSAND Michelle	Directrice du Service Central des Soins Infirmiers AP-HP
Mme LADEGAILLERIE Geneviève	Cadre expert en soins
Dr BREZAC Patrick	Président de l'URML des Pays de Loire et ancien Président de la Conférence des URML
Mme BRIANT Yolande	CFDT – Secrétaire Générale Santé
Mr BOSCH Sébastien	CFDT – Secrétaire Général Adjoint
Dr BROCLAIN Dominique	Revue "Prescrire"
Pr BRODIN Marc	Président du conseil scientifique de la CNAMTS

Mme BURNIER Marie-Christine	Directrice Générale de l'ANFH
Mr FOURRE Guy	Secrétaire Général de l'ANFH
Dr CABRERA Dinorino	Président SML
Mr CANIARD Etienne	Secrétaire Général de la Fédération Nationale de la Mutualité Française
Dr CATON Jacques	Président URML Rhône-Alpes
Dr CERTAIN Marie-Hélène	Présidente de MGFORM
Dr PERRIN André	MGFORM
Melle CHABERT Chantal	Elève Sage-Femme
Mme CHABOISSIER Mercedes	Directrice Institut Supérieur des Cadres de Santé Montsouris
Pr CHAPUIS Yves	Président de l'Académie de Chirurgie
Pr CHARPENTIER Yves	Président de la Conférence des Doyens de Faculté de Médecine
Dr CHASSANG Michel	Président de la CSMF
Mr CHAUVIGNE Christian	Directeur des études – ENSP – Rennes
Mr BECHAC Jean-Pierre	ENSP – Rennes
Mme COCHET Camille	Consultante Communication en Santé
Mme COMBRET Dominique	Présidente de l'Association des Diététiciens de Langue Française
Mr AGNETTI Richard/Mme BALES Virginie	Vice-Président de l'Association des Diététiciens de Langue Française
Mme ROSSI Florence	Secrétaire Générale de l'Association des Diététiciens de Langue Française
Mme LASSABLIÈRE Anne-Marie	Secrétaire Générale de l'Association des Diététiciens de Langue Française
Mme COMPAGNON Claire	Ligue Nationale de Lutte contre le Cancer
Mme COMPARINI Anne-Marie	Présidente de la Région Rhône-Alpes
Dr CORVEZ Alain	Médecin Conseil National de la CCMSA
Mme COSTES Marie	Présidente de l'association des Etudiants en Médecine
Dr COSTES Pierre-Louis	Président de MG France
Dr OLIVIER-KOEHRET Martial	Vice-Président MG France
Mr COTTRET Yves	Président du CNKS
Mme GOSSSELIN Pascale	Vice-Présidente du CEFICCK – Directrice IFMK de Rennes
Mme BIZOUARD Françoise	Présidente de l'ANKS
Mr STEVENIN Philippe/Mr PLAS François	Membres du CNKS
Mme COUDRAY Marie-Ange	Directrice IFCS – Hôpital Sainte-Anne – Paris
Mr COULOMB Alain	Directeur Général de l'ANAES
Mme D'ASTORG Hélène	Présidente GIPSI et Présidente CEEIADE
Mr NEUVEU Pierre	Formateur CEEIADE
Mr DAVID Jean-Paul	Président de la FFMKR
Mr PASTOR Eric	FFMKR
Mr DEBOUT Christophe	Président de l'ANFIIDE
Pr DEBOUZIE Domitien	Président de l'Université Claude Bernard Lyon I – Président Commission Pédagogique Nationale de la première année des études de santé
Pr DEGOS Claude	Président du SNAM – Expert au Conseil National de l'Ordre des Médecins
Pr DE KERVASDOUE Jean	Conservatoire National des Arts et des Métiers
Mr DE ROCHE Michaël	Président de la Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers
Mme HAUPAIS Amélie	FNESI
Mr DANIELO Vivien	FNECK
Mr DEVERS Gilles	Avocat
Pr DUBERNARD Jean-Michel	Président de la commission des Affaires Sociales à l'Assemblée Nationale
Dr DUCLOUX Michel	Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
Dr LEGMANN Michel	Vice-Président du CNOM
Pr ROLAND Jacques	Président de section Formation Médicale et Qualifications

Dr CALLOC'H Louis-Jean	Secrétaire Général du CNOM
Dr DUHAMEL Gilles	IGAS
Dr DUSEHU Etienne	Praticien – Hôpital de Compiègne
Pr DUTILLEUX Michel	Hôpital Cochin
Mr EVIN Claude	Député de Loire Atlantique – Ancien Ministre
Pr FAGNIEZ Pierre-Louis	Société Française de Chirurgie Digestive – Député
Pr FAGON Yves	Président CME – Hôpital Européen Georges Pompidou – Paris
Dr FARAGGI Pierre	Président SPH
Pr FRANCKE Jean-Paul	Doyen - Faculté de Médecine de Lille
Melle FRANCOIS Sandrine /Mme PIOT Stéphanie	Association Française des Etudiants en Psychomotricité
Melle NAVINEL Stéphanie	Etudiante en psychomotricité
Pr FRIJA Guy	Secrétaire Général de la Société Française de Radiologie (SFR)
Mr GANTIER Michel	Institut de formation des cadres de santé Ile de France
Pr GAY Bernard	Ancien Président du CNGE
Mme GELLY Danièle	Présidente du GIPSI et de l'AFDS
Mme FRERING Nicole	AFDS
Dr GENET Jean-Paul	Président de Conférence des Présidents de CME-PSPH
Dr ANGEBAULT Marc	Conférence des Présidents de CME – PSPH – Union Nationale CFE – CGC – SYMHOSPRIV
Mr GERBEL Alain	Président de la Fédération des Opticiens de France
Pr GLORION Bernard	Ancien Président du CNOM
Dr GOURHEUX Jean-Claude	Président URML-PACA
Pr GRIMAUD Dominique	Ancien Président de la Conférence des Présidents de CME-CHU
Dr GUERIN Olivier	Président de l'ISNIH
Mr BRUNA Antoine/Mr GREGORY Thomas	Vice-Président de l'ISNIH
Mr GAILLARD Raphaël	ISNIH
Mr PERRIN-DUREAU Florent	ISNIH
Pr GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Président du conseil d'administration de l'ANAES
Mme GUYOT Michelle	Présidente de l'Association Française d'Entérostoma-Thérapeutes
Mme MONTANDON Suzanne	Présidente d'Honneur de l'Association Française d'Entérostoma-Thérapeutes
Dr HALLIGON Jean	Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME d'Hospitalisation Privée
Mme HERNANDEZ Hélène	Présidente de l'Union Interprofessionnelle des Associations de Ré-éducateurs et Médicotéchniques (UIPARM)
Mme HESNART Nadine	Présidente de la Fédération Nationale des Infirmières
Dr HUYNH Bernard	Président de l'URML – Ile de France
Mme INTILIA Marie	Présidente de l'Association Nationale des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (ANPPH)
Mr BAKKAUS Gilles	ANPPH
Mme JEANROT Nicole	Présidente du Syndicat des Orthoptistes de France
Dr JUNGFER Françoise	Présidente du GERNHU
Dr KIEGEL Pierre	Président de Conférence des Présidents de CME des CHG
Dr CHAUVIN Gilles	Bureau de la CME Nationale
Pr KOMAJDA Michel	Président de la Société Française de Cardiologie
Dr KOUCHNER Bernard	Chaire Santé et Développement du CNAM – Ancien Ministre
Mme LAHBIB Dominique	Fédération CGT
Melle LANCELLE Gaëlle	Fédération Nationale des Etudiants Orthophonistes
Pr LANGLOIS Jean	Ancien Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins
Dr LARUE-CHARLUS Serge	SNMHP
Mr LARCHER Gérard	Président de la Fédération Hospitalière de France
Mr LEBOTERF Guy	Consultant
Mr LE CAM Yann	EURORDIS (European Organisation for Rare Disorders)
Pr LE DUC Alain	Doyen de la Faculté de médecine UFR Lariboisière

Mr LENOIR Daniel	Directeur Général de la CNAMTS
Dr PRIEUR Jean-Paul	CNAMTS / E.N.S.M
Mme LEVASSEUR Chantal	Présidente UNAIBODE
Mme LOUVEL Brigitte	Vice-Présidente UNAIBODE
Mme REISS Martine	Présidente AIEBO
Dr LOIRAT Philippe	Président du C.S de l'ANAES – Ancien Président de la SRLF
Dr MAFFIOLI Claude	Ancien Président de la CSMF
Mr MAGNIES Jean-Jacques	Président SNMKR
Mr COURATIER René/Mr MOINE Daniel	SNMKR
Dr MAHE Pierre-Yves	Président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes
Mr MARCHAND Olivier	Président de l'ISNAR
Mr ANNEREAU Anthony	ISNAR
Mr MARTIN Michel-Julien	Président de l'ANTAB
Mme PSALTOPOULOS Evelyne	Secrétaire Générale de l'ANTAB
Mme ZUNZ Catherine	ANTAB
Mme VAN DEN BERGHE Sylvie	ANTAB
Pr MANGIN Philippe	Président de l'Association Française d'Urologie
Pr MARANINCHI Dominique	Président de la FNCLCC
Pr MARESCAUX Jacques	IRCAD – CHU de Strasbourg
Pr MAUGUIERES François	Vice-président de l'Université Lyon I
Mme MAUREY-FORQUY Claudine	Présidente A.Pro.S.S.H.e.S
Dr MELET Jacques	Chirurgien Dentiste – Mission Odontologie
Pr MENARD Joël	Professeur de Santé Publique – Paris
Mme MESNIL Nicole	Présidente de l'Association Nationale de Formation initiale et Continue des Sages-Femmes (ANFIC)
Mme MONSTERLET Nicole	SNCH
Mme BROTFELD Malika	SNCH
Mr MORET-BAILLY Joël	Université Jean Monnet – Faculté de droit
Pr MORNEX René	Académie de Médecine
Mr OLIE Louis	Président de la Fédération Nationale des Podologues
Mr OMNES Louis	Directeur de l'HEGP (Hôpital Georges Pompidou)
Mme ORMIERES Pierrette	Présidente de l'Association des Sages-Femmes Territoriales
Mme BLANCHARD Elisabeth	ANSFT
Dr PARROT Jean	Président du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens
Dr PERRIN Antoine	Plan Hôpital 2007
Mme PLANTEFEVE Edith	Vice-Présidente de l'Association Nationale des Puéricultrices Diplômées d'Etat (ANPDE)
Mme SAILLAND Annick	Comité d'entente des écoles de Puéricultrices
Mme GENDRE Sylvie	Comité d'entente des écoles de Puéricultrices
Dr PREEL Jean-Luc	Député de Vendée
Dr PONSEILLE Max	Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)
Mr GEFFROY Loic	Délégué Général FHP
Mr POSTEL-VINAY Daniel	Directeur Général de la CANAM
Dr REIGNAULT Jacques	Président du CNPS
Dr REY Jean-François	Président de l'UMESPE
Mr RIFFARD Georges	Délégué Général de la FEHAP
Dr ROBERT Alain	Ancien Président du Conseil National des Chirurgiens Dentistes
Dr. REGARD Robert	Vice-Président du Conseil National des Chirurgiens Dentistes
Pr ROLAND Jacques	Ancien Président de la Conférence des Doyens
Dr ROUCHE Alain	Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA)
Mme BONNIER Virginie/Mr CHARTON Michel	FFSA

Mr ROUSTIT Jacques	Président de la Fédération Nationale des Orthophonistes
Mr BETRANCOURT Philippe	Fédération Nationale des Orthophonistes
Mr KREMER Jean-Marc	Fédération Nationale des Orthophonistes
Mr SAGEZ Bernard	Secrétaire Général CFTC
Mr ROLLO Michel	Secrétaire Général adjoint CFTC
Mr DUBRUQUE Gérard	CFTC, Fédération Santé Sociaux
Mme SALLET Nicole	Directrice EIASS – Lyon
Pr SAMBUC Roland	Vice-Président de la Haut Comité de Santé Publique (HCSP)
Mr DURIEZ Marc	Economiste – HCSP
Pr SAN MARCO Jean-Louis	Président du CNU de Santé Publique
Pr THOUVENIN Dominique	Professeur de Droit – Paris
Mme TOUBA Annick	Ancienne Présidente de Convergence Infirmière – Présidente du SNIIL
Mr AFFERGAN Marcel	Convergence Infirmière
Mr LIVINGSTONE William	Convergence Infirmière
Mme UBERSFELD France	Cellule VAE – Paris 6
Mme VEILHAN Agnès	Formation Continue Paris 3 – La Sorbonne
Mr VIEL Eric	AFREK
Mr VINCENT Gérard	Délégué Général Fédération Hospitalière de France
Mr COLLET Guy	Fédération Hospitalière de France
Mme QUILLET Emmanuelle	Fédération Hospitalière de France
Mr VIGNATELLI William	CEFIEC
Pr VITAL DURAND Denis	Doyen UFR Laennec – Lyon I
Mme ZAIDMAN Catherine	Secrétaire Générale de l'Observatoire de l'Emploi public
Dr ZEIGMULLER Jean-Luc	Président de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO)
Dr ROTTIER Bernard	SFO

Cabinet de Mr MATTEI :	Dr CHABOT Jean-Michel	<i>Conseiller technique</i>
	Mr de BATZ Charles	<i>Conseiller technique</i>
	Mr GUIDONI Didier	<i>Conseiller technique</i>
	Mr LUCBEREILH Jacques	<i>Conseiller technique</i>
	Pr THIBAUT Philippe	<i>Conseiller</i>
	Mr VIOSSAT Louis-Georges	<i>Directeur du Cabinet</i>

Cabinet de Mr FERRY :	Pr DESNOS Michel	<i>Conseiller</i>
	Pr REIFFERS Josy	<i>Directeur Adjoint du Cabinet</i>

Cabinet de Mr FILLON :	Mr BOMPARD Alexandre	<i>Conseiller technique</i>
-------------------------------	----------------------	-----------------------------

DGS :	Pr ABENHAIM Lucien	<i>Directeur Général de la Santé</i>
	Mr BRAICHET Jean-Marc	
	Mme De PENANSTER Dominique	
	Dr FONTAINE Mireille	
	Dr SABLONNIERE Véronique	
	Mr WAISBORD Eric	<i>Sous-Directeur</i>

DGAS :	Mme MOREAU Sylvie	<i>Sous-directrice de l'Animation Territoriale et du Travail Social</i>
	Mme MICHEL Raymonde	

DHOS :	Mr AUBENAS Louis-René	
	Mr BARTHES Richard	<i>Sous-Directeur Chargé de mission</i>
	Mr BLEMOND Patrice	<i>Sous-Directeur</i>
	Mr BOUDET Guy	
	Mr COUTY Edouard	<i>Directeur</i>
	Mr GEFFROY Loïc	<i>Sous-Directeur</i>
	Mme GUERIN Marie-Françoise	<i>Directrice de Projet</i>
	Mme MESCLON Claudine	
	Pr NICOLAS Guy	<i>Conseiller</i>
	Mr VERRIER Bernard	<i>Sous-Directeur</i>
D.E Sup :	Pr FEUERSTEIN Claude	<i>Conseiller</i>
	Mr JOBERT Charles	
	Mme LEMANT Jacqueline	<i>Sous-Directeur</i>
DGEFP :	Mme BARBAROUX Catherine	<i>Déléguée générale de la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle</i>
	Mme CHAIX Maryse	<i>Sous-Directrice</i>
	Mme RIGODONZO Christine	<i>Chef de la mission orientation validation</i>
CNCP :	Mme CHARRAUD Anne-Marie	<i>Rapporteur général adjoint de la Commission Nationale de la Certification Professionnelle</i>

ECHANGES INTERNATIONAUX :

Mrs BALMER Jane (USA)	CME office, University of Virginia School of Medicine
Mrs BROWN Stephanie (USA)	University of Virginia Health System
Mrs FLEMING Lynne (USA)	University of Virginia, School of medicine
Mrs LOACH Jacqueline (USA)	Medical Center Charlottesville, Virginia
Dr VAN BREE Margaret (USA)	University of Virginia Health System
Mrs WEST Rebecca (USA)	Piedmont Liability Trust
Dr BORMAN Edwin (UK)	British Medical Association
Dr BURNSTIN Helen (USA)	Agency for Healthcare Research and Quality
Dr FRAZZICA Pinna (Italie)	Directeur, CTRPH
Dr GLOVER Atul (USA)	National Center for Health Workforce Analysis
Dr GREINER Ann (USA)	Institute of Medicine
Dr HALILA Hannu (Finlande)	Président Union Européenne des Médecins Spécialistes
Dr HOLM Hans (Norway)	Association Médicale Norvégienne
Pr KARLE Hans (Danemark)	President World Federation of Medical Education
Pr KEARNEY Brendon (Australie)	DHS, gouvernement australien
Dr KOPELOW Murray	Accreditation Council for Continuing Medical Education
Dr LACOMBE (Canada)	Fédération des Médecins du Québec
Pr MALONEY Dennis (USA)	RCNJ
Dr PARDELL Elios (Espagne)	Catalan Council on Continuing Medical Education
Mr POCHMARSKI Robert (CEE)	Directeur qualification et marché intérieur
Dr RAICHE Pierre (Canada)	Fédération des médecins du Québec
Mr SAUER Fernand (CEE)	Directeur Europe SANCO
Dr MERKEL Bernard (CEE)	SANCO
Dr TAKKI Marianne (CEE)	SANCO
Dr SHAW Charles (UK)	King's Fund - London
Mrs SMOLENSKI Mary (USA)	American Nurse Association
Mrs STANLEY Joan (USA)	American Association of Colleges of Nursing
Dr STEVENS David (USA)	Association of American Medical Colleges
Dr WENTZ Dennis (USA)	American Medical Association - Chicago
Pr WHEBY Munsey (USA)	American College of Physicians

*Avec nos remerciements pour le Pr Jacques DRUCKER,
Conseiller pour les affaires sociales à l'Ambassade de France aux Etats-Unis.*

Références

La liste des références ci-après constitue une sélection des publications principales ayant servi d'appui aux travaux de la mission : elle ne saurait être considérée comme exhaustive sur le thème de l'évaluation des compétences dans le domaine de la santé.

OUVRAGES, ARTICLES ET RAPPORTS

Agence Nationale Pour l'Emploi - ROME

Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois

4 volumes. Paris : La documentation française ; 1999.

American Physical Therapy Association

Guide to Physical Therapist Practice

Alexandria, Virginia ; 2001

Aiken L.H.

Achieving an interdisciplinary workforce in health care

N Engl J Med 2003 ; 348(2) : 164-6

Bas-Theron F. - Flamant F.

Le système de santé et d'assurance maladie en Allemagne, actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire

Paris : IGAS ; 2002

Bas-Theron F. - Chevrier-Fatome C. - Duhamel G.

L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire : étude d'administration comparée : Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Pays-Bas

Paris : IGAS ; 2002

Bellier S.

Le savoir oublié

Le Monde Initiatives 2003 ; 19

Bensignor C. - Maruani B.

Les non dits de la recertification

TLM 1999 ; 37 : 13

Beret P. - Giret J.F. - Recotillet I.

Etude sur la mobilité des jeunes docteurs : mobilité et trajectoires professionnelles des jeunes docteurs après la thèse

Aix en Provence : LEST ; 2002

Berland Y.

Démographie des professions de santé. Tome I/II

Rapport au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; 2002

Berwick D.M. - Leape L.L.

Safe health care : are we up to it ?

BMJ 2000 ; 320(7237) : 725-6

Berwick D.M.

Disseminating innovations in health care

JAMA 2003 ; 289(15) : 1969-75

Best practices in CME education (2nd edition).

Alliance for Continuing Medical Education

Birmingham (USA) ; www.acme-assn.org

Boelen C. - Heck J.E.

Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine

Genève : OMS ; 2000

Bolsin S. - Colson M.

Making the case for personal professional monitoring in health care

Int J Qual Health Care 2003 ; 15(1) : 1-2

Bonami J.F.

Valider les acquis professionnels : vers un diplôme de l'expérience

Paris : Editions d'Organisation ; 2000

Boucllet M. - Huguet P.

Agir simultanément sur les compétences et sur l'organisation du travail : un nouveau défi pour les formateurs.

La logique de la compétence. Deuxième partie

Educ Perm 1999 141 : 7-22

Bouthier D. - Clot Y. - Durey A.

Le développement des compétences

Educ Perm 1995 ; 123

Brandt T.L. - Romme C.R. - LaRusso N.F. et Lindor K.D.

A novel incentive system for faculty in an academic medical center

Ann Intern Med 2002 ; 137(9) : 738-43

Brocas A.M.

Rapport sur l'exercice libéral des professions paramédicales : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes

Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité ; 1998

Brière C. - Croquette D.

Compétences : la mixité des regards

Les Echos 2003 ; 28 février et 1er mars

Brunhes B. - Glorion S. - Paul S. - Rochaix L.

Bilan de la mission de concertation pour la rénovation des soins de ville. Rapport remis au Ministre de l'emploi et de la solidarité et au Secrétaire d'Etat à la santé

Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité ; 2001

Buetow S.A. - Roland M.

Clinical governance : bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care

Qual Health Care 1999 ; 8(3) : 184-90

Castaigne A. - Bastuji-Garin S.

Evolution des professions de santé. Proposition pour un accompagnement des modifications démographiques des professions de santé. Rapport remis au directeur de la CNAMTS

Paris : CNAMTS ; 2000

Certain M.H. - Gervais Y. - Perrin A.

Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste : des compétences pour un métier. Conférence des présidents des sections généralistes des unions régionales de médecins libéraux

Paris : édition Osmose, 1999

Chabot J.M.

Les groupes de pairs

Rev Prat 2003 ; 53(12) : 1343-4

Chaboissier M.

La validation des acquis de l'expérience. Formation

Flash ANFIIDE 2001 ; 2.

Chadelat J.F.

La répartition des interventions entre les assurances maladies obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé. Groupe de travail de la Commission des comptes de la sécurité sociale

Paris : Sénat ; 2003

Centre de Recherche en Psychologie Cognition et Communication, Université Rennes 2

Une méthode d'élaboration d'un référentiel de compétences, un exemple. Le référentiel de compétences des directeurs d'écoles paramédicales

Rennes : ENSP ; 2002

Chevrier-Fatome C, Daniel C.

Le système de santé en Angleterre : actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire

Paris : IGAS ; 2002

Chevrier-Fatome C.

Le système de santé et d'assurance maladie aux Pays-Bas : actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire

Paris : IGAS ; 2002

Choussat J.

Rapport d'ensemble sur la démographie médicale

Paris : IGAS ; 1997

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés

Des soins de qualité pour tous : 22 propositions mises en débat

Paris : CNAMTS ; 1999

Cohen M.R.

Why error reporting systems should be voluntary

BMJ 2000 ; 320(7237) : 728-9

Collège des Médecins du Québec

L'exercice de la médecine et les rôles du médecin au sein du système professionnel. Enoncé de position du Collège des médecins du Québec

Québec : Collège des Médecins du Québec ; 2001

Commissariat Général du Plan

Services : organisation et compétences tournées vers le client. Une lecture transversale des Contrats d'Etudes Prospectives tertiaires. Qualifications et prospectives

Paris : La Documentation Française ; 2001

Comité Consultatif pour la Formation dans le Domaine des Soins Infirmiers

Rapports et recommandations adoptés par le comité au cours des quatrième et cinquième mandats

Bruxelles : Commission Européenne, XV/D/8506/98-FR, 18 Novembre 1998.

Comité Consultatif pour la Formation dans le Domaine des Soins Infirmiers

Rapport et recommandation sur les compétences requises pour l'exercice de l'activité d'infirmier responsable des soins généraux dans l'Union Européenne

Bruxelles : Commission Européenne, XV/E/8481/4/97-FR, 24 juin 1998.

Comité Consultatif pour la Formation des Praticiens de l'Art Dentaire

Rapport et recommandations sur les connaissances de base et la compréhension indispensable à l'acquisition des compétences cliniques reconnues et présentation des méthodes appropriées d'évaluation des résultats

Bruxelles : Commission Européenne, XV/D/8011/3/97-FR, 22 juin 2000

Comité Consultatif pour la Formation des Praticiens de l'Art Dentaire

Rapport et recommandation sur la formation professionnelle continue

Bruxelles : Commission Européenne*, XV/E/5296/4/93-FR, 6 juin 1996.

Comité Consultatif pour la Formation des Praticiens de l'Art Dentaire

Rapport et recommandation sur les compétences cliniques nécessaires à l'exercice de l'art dentaire dans l'Union Européenne

Bruxelles : Commission Européenne, XV/E/8316/8/96-FR, 4 juin 1996.

Comité Consultatif pour la Formation des Praticiens de l'Art Dentaire

Rapport et avis concernant la formation spécifique du praticien de l'art dentaire pour l'exercice autonome de sa profession

Bruxelles : Commission Européenne, 111/D/2880/6/87-FR, 15 Novembre 1989.

Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine

Crossing the Quality Chasm : a new health system for the 21st Century

Washington : National Academy Press ; 2001

Committee on the Health Professions Education Summit, Board on Health Care Services

Health professions education : a bridge to quality

Greiner AC, Knebel E, editors. Washington : The National Academies Press ; 2003

Compétences du médecin : vers une réadaptation permanente

Bull Ordre Méd 2002 ; 10

Conseil International des Infirmières

Le cadre de compétences du CII pour l'infirmière généraliste

Genève : Conseil International des Infirmières ; 2003

Conseil International des Infirmières

Modèle d'application pour le cadre de compétences du CII concernant l'infirmière généraliste

Genève : Conseil International des Infirmières ; 2003

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Qualité de l'exercice professionnel, compétence et déontologie : vers un système intégré de gestion de la compétence des médecins

Paris : CNOM ; 2000

Commission Ethique et Professions de Santé, Cordier M.

Ethique et professions de santé - Rapport au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; 2003

Couanau R.

Le désenchantement hospitalier - Rapport d'information N°714

Paris : Assemblée Nationale ; 2003

Coulet J.C. - Gosselin P. - Guingouain G. et al.

Proposition d'élaboration d'un référentiel de compétences dans le domaine de la santé, exemple du masseur-kinésithérapeute. Note de recherche

Rennes : Université Rennes 2 ; 2000

Coulomb A. Médicalisation de l'ONDAM

Rapport au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003

Dauphinee W.D.

Revalidation of doctors in Canada

BMJ 1999 ; 319(7218) : 1188-90

Davant J.P.

L'exigence qualité

TLM 1999 ; 37 : 26-7

Davis D.A. - Thomson M.A. - Oxman A.D. - Haynes R.B.

Changing physician performance : a systematic review of the effect of continuing medical education strategies

JAMA 1995 ; 274(9) : 700-5

Davis D. - Barnes B.E. - Fox R.

The continuing professional development of physicians

AMA press. Chicago. 2003, 394 pages

De Batz C. - Lalande F. - Laurand G.

Gestion des praticiens hospitaliers

Paris : IGAS ; 2002

Debouzie D.

Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé, - Rapport intermédiaire remis au Ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Paris : Ministère de la jeunesse ; 2003

Debrosse D. - Perrin A. - Vallancien G. - Projet hôpital 2007

Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale

Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; 2003

Decker O. - le Boterf G. - Teulier R. - Chaboissier M. et al.

Les compétences, de l'individuel au collectif.

Soins Cadres 2002 ; 41 : 18-49.

Degeling P. - Maxwell S. - Kennedy J. - Coyle B.

Medicine, management and modernisation : a "danse macabre" ?

BMJ 2003 ; 326(7390) : 649-52.

Descours C.

Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire

Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; 2003

Descours C.

Rapport relatif à la permanence des soins - Rapport au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; 2003

Désilets M. - Tardif J.

Un Modèle pédagogique pour le développement des compétences

Pédagog Collég 1993 ; 7(2) : 19-23

De Witte S.

La notion de compétence passera par le chemin de la technicité

Le Monde Supplément Initiatives 1998 ; 16 juillet

De Witte S.

Petite introduction aux rapports performance/compétence

Paris : CNAM / ANVIE ; 2001

Dietrich A.

Compétence et performance : entre concepts et pratiques de gestion

Educ Perm 1999 ; 140 : 19-34

Direction Générale de l'Emploi et des Affaires Sociales
Task force de haut niveau sur les compétences et la mobilité Rapport final
Bruxelles : Commission Européenne, 2001

Direction Générale de l'Education et de la Culture, Direction Générale de l'Emploi et des Affaires Sociales
Réaliser un espace européen de l'éducation et de la formation tout au long de la vie
Bruxelles : Commission européenne ; 2001

Domergue J. - Guidicelli H.
La chirurgie française en 2003, les raisons de la crise et les propositions - Rapport à l'attention de Jean-François Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées
Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; 2003

Dubar C.
La sociologie du travail face à la qualification et à la compétence
Sociol Trav 1996 ; 38(2) : 179-93

Dubruque G.
Les compétences en question ? Vers un nouveau profil d'infirmières - Mémoire
LILLE : Université de Lille ; 1995

Ducassou D. - Jaeck D. - Leclercq B.
Plan hôpital 2007 - Mission relative aux spécificités des CHU. Restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et l'université
Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; 2003

Dugué E. - Maillebouis M.
De la qualification à la compétence : sens et dangers d'un glissement sémantique
Educ Perm 1994 ; 118 : 43-50

Dugué E.
La gestion des compétences : les savoirs dévalués, le pouvoir occulté
Sociol Trav 1996 ; 36(3) : 273-92

Duhamel G.
Le système de santé et d'assurance maladie américain : actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire
Paris : IGAS ; 2002

Ecole Nationale de Santé Publique
Compétences et objectifs de la formation professionnelle. Synthèse et propositions de la direction des formations, MB-TP
Rennes : ENSP ; 2001

Epstein R.M. - Hundert E.M.
Defining and assessing professional competence
JAMA 2002 ; 287(2) : 226-35

Etienne J.P. - Escat J.
La formation du médecin peut-elle toujours se baser sur le mythe de l'omniscience ?
Technol Santé 2001 ; 44 : 86-9

European Commission, Internal Market DG
Study of specialist nurses in Europe. MARKET/D/8031/2000
Bruxelles : European Commission ; 2000

Feutrie M.
Evaluation du dispositif expérimental de validation des compétences professionnelles - Rapport final synthèse
Lille : SUDES ; 2000

Fluck C.
La gestion des compétences à la recherche de sa crédibilité
Le Monde Initiatives 2003 ; 18

Forrest C.B.
Primary care gatekeeping and referrals : effective filter or failed experiment?
BMJ 2003 ; 326 (7391) : 692-5

Freyssenet M.
Travail et société : grandes tendances. L'état de la France 2002
Paris : La découverte ; 2002

Germe J.F. - Monchatre S. - Pottier F.
Les mobilités professionnelles : de l'instabilité dans l'emploi à la gestion des trajectoires
Paris : La documentation française ; 2003

Gervais Y.

Recertification-sanction ?

TLM 1999 ; 37 : 24-5.

General Medical Council

Revalidating doctors. Ensuring standards, securing the future

London : GMC ; 2000

Glorion B.

Priorité à l'incitation

TLM 1999 ; 37 : 15

TLM 1999 ; 37 : 19-23

Goulet J.P.

Pour ne pas en finir avec l'approche des compétences

Pédagog Collég 1995 ; 8(3) : 4-7

Grol R.

Changing physician's competence and performance : finding the balance between the individual and the organization

J Contin Educ Health Prof 2002 ; 22(4) : 244-51

Guimont F.

La VAE, les syndicats et l'éducation nationale

Le Monde Initiatives 2003 ; 19

Hall W. - Violato C. - Lewkonja R. - Lockyer J. - Fidler H, Toews J. - et al.

Assessment of physician performance in Alberta : the physician achievement review

CMAJ 1999 ; 161(1) : 52-7

Haut Comité de la Santé Publique

La Santé en France 2002

Paris : HCS ; 2002

Hayes O.W. - Reisdorff E.J. - Walker G.L. - Carlson D.J. - Reinoehl B.

Using standardized oral examinations to evaluate general competencies. Acad Emerg Med 2002 ; 9(11) : 1334-7

Hobgood CD, Rivello RJ, Jouriles N, Hamilton G. Assessment of communication and interpersonal skills competencies. Acad Emerg Med 2002 ; 9(11) : 1257-69

Hollender L.

Rapport au nom de la commission XIV (Enseignement et problèmes hospitalo-universitaires).

La désaffection pour les carrières hospitalo-universitaires

Paris : Académie Nationale de Médecine ; 2000

Hsia D.C.

Medicare quality improvement : bad apples or bad systems?

JAMA 2003 ; 289(3) : 354-6.

Hunout P.

Les méthodes d'évaluation des emplois : du classement des emplois à la mesure des compétences. Form Empl 1992 ; 39 : 35-43

Hutchinson A, McIntosh A, Williams M, Barbour RS. Senior health professional's perceptions of variations in medical practice : a qualitative and quantitative study. Med Educ 2001,35 (Suppl.1) 45-51

Inspection Générale des Affaires Sociales

Enquête sur les relations des établissements de santé avec les usagers ; enquête sur l'accès aux soins dans les secteurs de psychiatrie générale. In : Rapport annuel 2001 : les institutions sociales face aux usagers

Paris : IGAS ; 2001

Institute of Medicine, Kohn L.T. - Corrigan J.M. - Donaldson M.S.

To Err is Human : building a safer health care system

Washington (DC) : National Academies Press ; 2001

Jacques A.

La direction de l'amélioration de l'exercice - Le contrôle cède le pas à l'assurance qualité

Le collège 2002 ; 42(2) : 13

Jacques A. - Goulet F. - Leboeuf S.

Le maintien des compétences : un enjeu professionnel

Pédagog Méd 2002 ; 3(2) : 116-21

James B.

Information system concept for quality measurement

Med Care 2003 ; 41(1) : 71-9

Jencks S.F. - Huff E.D. - Cuerdon T.

Change in the quality of care delivered to Medicare Beneficiaries 1998-1999 to 2000-2001

JAMA 2003 ; 289(3) : 305-12

Jobert G.

De la qualification à la compétence. In : Former, se former et se transformer, de la formation continue au projet de vie
Sci Hum 2003 ; HS40 : 36-37

Johanet G.

La recertification est inéluctable

TLM. 1999 ; 37 : 19-23.

Joubert J. - Hernandez H.

Formations initiales des professions de rééducation et médico-techniques. Etat des lieux

Paris : UIPARM ; 2001

Jouriles N.J. - Emerman C.L. - Cydulka R.K.

Direct observation for assessing emergency medicine core competencies : interpersonal skills

Acad Emerg Med 2002 ; 9(11) : 1338-41

Kogut-Kubiak F. - Quintéro N. - 1996

L'individualisation des carrières et des compétences : un objet de négociation

Céreq Bref 1996 ; 121 : 1-4

La fonction publique rénove sa GRH

Entrepr Carrières 2003 ; 667 : 14-21

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à l'épreuve des faits

Trav Empl. 1997 ; 57bis

La gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences

Acteurs 2002 ; 67 : 11-5

Landon B.E. - Normand S.L.T. - Blumenthal D. - Physician Clinical performance Assessment, Prospects and barriers

JAMA 2003 ; 290 (9) : 1183-9

La validation des acquis de l'expérience

Info flash 2002 - 588-9(Suppl) : 1-8

Le Boterf G.

Compétence et navigation professionnelle

Paris : Editions d'Organisation ; 2000

Le Boterf G.

Ingénierie et évaluation des compétences

Paris : Editions d'Organisation ; 2001

Le Boterf G.

Construire les compétences individuelles et collectives

Paris : Editions d'Organisation ; 2001

Leplâtre F. - Feutrie M. - Lenoir H. et al.

La validation des acquis de l'expérience en pratique

Act form perm 2003 ; 182 : 17- 89

Lichtenberger Y.

Compétence, organisation du travail et confrontation sociale

Form Empl 1999 ; 67 : 93-109.

Lichtenberger Y.

Le développement des compétences, groupe MEDEF et organisations syndicales. La formation professionnelle revisitée.

Pour 1999 ; 162 : 73-82.

Livian Y.F. - Courpasson D.

Le développement récent de la notion de "compétence". Glissement sémantique ou idéologie ?

Rev Gest Ress Hum 1991 ; 1 : 3-10.

Livian Y.F. - Terrenoire J.

Modèle de la compétence et rapport salarial

Perform Hum Tech 1995 ; 75-76 : 13-7

McKinley R.K. - Fraser R.C. - Baker R.

Model for directly assessing and improving clinical competence and performance in revalidation of clinicians

BMJ 2001 ; 322(7288) : 712-5

Magnier J.

Expérience, connaissance : une conquête des candidats à la validation des acquis professionnels

Educ Perm 2001 : 146

Mandon N.

La gestion prévisionnelle des compétences : la méthode ETED

Paris : Céreq, 1990

Mangin P.

Avenir de la chirurgie en France. La chirurgie urologique

Paris : AFU, 2003

Martinant M.

Certification des compétences de tuteurs en entreprise

Act Econ 2003, 31-7

Matillon Y.

Pour que vaille la recertification

TLM 1999 ; 37 : 17-8

Matillon Y.

*Perspectives pour la prise en compte du service médical dans la procédure d'accréditation des établissements de santé
Rapport au Ministre délégué à la Santé*

Paris : Anaes ; 2002

Mattei J.F. - Etienne J.C. - Chabot J.M.

De la médecine à la santé : pour une réforme des études médicales et la création d'universités de santé

Paris : Flammarion ; 1997.

Mauries F. - Franchet P. - Parlier M. et al.

Les approches compétences : quelles perspectives pour la formation ?

Actu form perm 2001 ; 170 : 33-98

Maurines B.

La compétence : enjeux et stratégies d'institutions et d'acteurs

Etudes 1998 ; 37 : 12-9

Mercadier C.

La compétence infirmière : participation de l'expérience à sa construction [mémoire]

Toulouse : Université de Toulouse le Mirail ; 1993

Merle V.

VAE : nous sommes face à une petite révolution

Le Monde Campus 2003 ; 13 mai.

Meyer P. - Barragan P. - Blanchard D. - Chevalier B. - Commeau P. - Danchin N. et al.

Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la formation des médecins coronarographistes et angioplasticiens, l'organisation de l'équipement des centres de coronarographie et d'angioplastie coronaire

Arch Mal Coeur Vaiss 2000 ; 93(2) : 147-58

Midy F.

*Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. Revue de la littérature 1970-2002.
Document de travail*

Paris : CREDES ; 2003

Ministère des affaires sociales du travail et de la solidarité, Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées

Le répertoire des métiers du travail social

Sicom 2003 ; 03074.

Montalembert L.

Validation des acquis : balbutiements et enjeux

Infirmière Mag 2003 ; 179 : 28-37

Nauche P.

Rapport sur la création d'un office des professions paramédicales remis au Premier Ministre, au Ministre de l'emploi et de la solidarité et au Secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés

Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; 2000

Nguyen C.

Les compétences respectives des podologues et des infirmières en matière de soins de pieds

Le Podologue Magazine mai 2003 : 28-29

Newble D. - Paget N. - McLaren B.

Revalidation in Australia and New Zealand : approach of the Royal Australasian College of Physicians

BMJ 1999 ; 319(7218) : 1185-8

Nicolas G. - Duret M.

Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, psychiatrie et radiologie

Paris : SFAR ; 1998

- Nicolas G. - Duret M.**
Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale
Paris : DHOS ; 2001
- Nicolle M.C.**
Rapport des groupes de travail sur la chirurgie
Paris : DHOS ; 2001
- Norcini J.J.**
Recertification in the United States
BMJ 1999 ; 319 : 1183-5
- Norman G.R. - van der Vleuten C.P.M. - Newbel D.I.**
International handbook of research in medical education
Part one. Dordrecht : Kluwer Academic ; 2002
- Norman G.R. - van der Vleuten C.P.M. - Newbel D.I.**
International handbook of research in medical education
Part two. Dordrecht : Kluwer Academic ; 2002
- Oiry E.**
De la gestion par les qualifications à la gestion par les compétences : une analyse par les outils de gestion [thèse]
Marseille : Université d'Aix-Marseille-II ; 2001
- Oiry E. - d'IribarnE A.**
La notion de compétence : continuités et changements par rapport à la notion de qualification
Sociol Trav 2001 ; 43(1) : 49-66
- O'Leary D.S.**
Accreditation's role in reducing medical errors
BMJ 2000 ; 320(7237) : 727-8
- Olry P.**
Le Métier de Masseur-Kinésithérapeute. Référentiel des enseignants de l'école de l'ADERF
Paris : ARDEF ; 1997
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec**
Guide d'application de la nouvelle loi sur les infirmières et les infirmiers et de la loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé
Québec : OIIQ ; 2003
- O'Sullivan P. - Greene C.**
Portfolios : possibilities for addressing emergency medicine resident competencies
Acad Emerg Med 2002 ; 9(11) : 1305-9
- Paradeise C. - Lichtenberger Y.**
Compétence, compétences
Sociol Trav 2001 ; 43(1) : 33-48
- Parker K. - Parikh S.V.**
Applying Prochaska's model of change to needs assessment, programme planning and outcome measurement
J Eval Clin Pract 2001 ; 7(4) : 365-71
- Peck C. - McCall M. - McLaren B. - Rotem T.**
Continuing medical education and continuing professional development : international comparisons
BMJ 2000 ; 320(7232) : 432-5
- Perrenoud P.**
Des savoirs aux compétences, de quoi parle-t-on en parlant de compétences ?
Pédagog Collég 1995 ; 9(1) : 20-4
- Perrenoud P.**
Construire des compétences, est-ce tourner le dos aux Savoirs ?
Pédagog Collég 1999 ; 12(3) : 14-7
- Physician's Recognition Award**
Requirements for Accredited Providers. Version 3.2. American Medical Association
Chicago : AMA ; 2002
- Pontiggia N. - de Witte S.**
Petite introduction aux rapports de performance/compétence
Les Cahiers de l'ANS 2002 ; 5

Préel J.L.

Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de loi (n°137) de M. Jean-Luc Préel et plusieurs de ses collègues, relative à la création d'un ordre national de la profession d'infirmier et d'infirmière. N°561

Paris : Assemblée Nationale ; 2003

Querel N.

Transformer son savoir-faire en diplôme professionnel

Le Monde Campus 2003 ; 13 Mai

Rapport final du groupe de travail XI "Europe sociale"

Bruxelles : Commission européenne ; 2003

Raynal B.

Démographie professionnelle en psychiatrie et évolution des métiers

Rev Hosp Fr 2003 ; 490 : 8-21

Regard R.

La capacité et la compétence des chirurgiens-dentistes

Lettre Ordre Chir Dent 2003 ; janvier-février

Reynaud J.D.

Le management par les compétences : un essai d'analyse

Sociol Trav 2001 ; 43(1) : 7-31

Roche J.

Que faut-il entendre par professionnalisation ?

Educ Perm 1999 ; 140 : 35-50

Roche J.

La dialectique qualification-compétence : état de la question

Educ 1999 ; 141 : 39-53

Rodgers K.G. - Manifold C.

360-degree feedback : possibilities for assessment of the ACGME core competencies for emergency medicine residents

Acad Emerg Med 2002 ; 9(11) : 1300-4

Roland J.

Une FMC avisée vaut recertification

TLM 1999 ; 37 : 16

Rosenbaum S.

The impact of United States law on medicine as a profession

JAMA 2003 ; 289(12) : 1546-56

Rothschild J.M. - Federico F.A. - Gandhi T.K. - Kaushal R. - Williams D.H. - Bates D.W.

Analysis of medication-related malpractice claims : causes, preventability, and costs

Arch Intern Med 2002 ; 162(21) : 2414-20

Rozenblatt P.

Le mirage de la compétence

Paris : Syllepse ; 2000

Salerno S.M. - Alguire P.C. - Waxman H.S.

Training and competency evaluation for interpretation of 12-lead electrocardiograms : recommendations from the American College of Physicians

Ann Intern Med 2003 ; 138(9) : 747-50

Schwartz R.A.

Medical education activities of the association of American Medical Colleges [letter]

Lancet 2003 ; 361(9353) : 264

Schwartz Y.

De la qualification à la compétence

Soc Fr 1990 ; 37 : 19-25

Schwartz Y. - Denieuil P.M. - Roelen S.N. - et al.

Reconnaître les acquis et valider les compétences

Educ. Perm. 1998 ; 137

Seibel C. - Afriat C.

Avenir des métiers

Rapport du groupe présidé par Claude Seibel

Paris : La Documentation Française ; 2002

Sliwka C.

Du transfert de compétences professionnelles

Objectif Soins 2002 ; 110 : 30-3

Smee CH.

Améliorer l'efficacité du service national de santé au Royaume-Uni : la mesure et l'amélioration de la performance dans un système centralisé. In : Etre à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Conférence de l'OCDE sur la santé portant sur l'évaluation de la performance et son suivi, 5-7 novembre 2001 Ottawa

Paris : OCDE ; 2002

Smee S.

Skill based assessment

BMJ 2003 ; 326(7391) : 703-6

Société Française de Médecine Générale

1er Symposium National, Groupe de Pairs

Doc Rech Méd Gén 2002 ; 59

Southgate L. - Pringle M.

Revalidation in the United Kingdom : general principles based on experience in general practice

BMJ 1999 ; 319(7218) : 1180-3

Southgate L. - Cox J. - David T. - Hatch D. - Howes A. - Johnson N. - et al.

The assessment of poorly performing doctors : the development of the assessment programmes for the General Medical Council's Performance Procedures

Med Educ 2001 ; 35(Suppl 1) : 2-8

Southgate L. - Cunningham J.

Relicensure, recertification and practice-based assessment. In : Norman GR, van der Vleuten CPM, Newble DI, editors. International handbook of research in medical education. Part one

Dordrecht : Kluwer Academic ; 2002 : 883-912

Stasse J.F.

Rapport de la mission de concertation sur l'avenir de la médecine de ville

Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; 1998

Stroobants M.

Savoir-faire et compétences au travail. Une sociologie de la fabrication des aptitudes

Bruxelles : Editions de l'Université de Bruxelles ; 1993

Stroobants M.

La production flexible des aptitudes

Educ Perm 1998 ; 135 : 11-21

Swing S.R.

Assessing the ACGME general competencies : general considerations and assessment methods

Acad Emerg Med 2002 ; 9(11) : 1278-88

Swinkels J.A.

Reregistration of medical specialists in the Netherlands

BMJ 1999 ; 319(7218) : 1191-2

Tekkis P.P. - McCulloch P. - Steger A.C. - et al.

Mortality control charts for comparing performance of surgical units : validation study using hospital mortality data

BMJ 2003 ; 326(7393) : 786-8

The Royal College of General Practitioners

Clinical competence assessment by videotape

Assessor's guide. London : RCGP ; 1993

The Royal College of General Practitioners

Portfolio-based learning in general practice

London : RCGP ; 1993

The Royal College of General Practitioners

Towards a curriculum for general practice training

London : RCGP ; 1990

The Royal Society of Medicine

Quality in Health care : a European concern

London : RSM ; 2003

Une recertification tous les 10 ans des professionnels de la santé ?

Podologue 2003 ; mai

Van der Heijden B.

La compétence, sa nature et son développement : une approche anglo-saxonne

Educ Perm 1999 ; 141 : 119-37

Violato C. - Lockyer J. - Fidler H.

Multisource feedback : a method of assessing surgical practice

BMJ 2003 ; 26(7388) : 546-8

Wasserman S.I. - Kimball H.R. - Duffy F.D.

Recertification in internal medicine : a program of continuous professional development. Task force on recertification

Ann Intern Med 2000 ; 133(3) : 202-8

Wittorski R.

Analyse du travail et production de compétences collectives

Paris : L'Harmattan ; 1997

Weeks W.B. - Wallace A.E.

Time and money : a retrospective evaluation of the inputs, outputs, efficiency, and incomes of physician

Arch Intern Med 2003 ; 163(8) : 944-8

Wolf A.

La mesure des compétences. L'expérience du Royaume-Uni

Rev Eur Form Prof 1994 ; (1) : 31-8

Zarifian P.

Objectif compétence. Pour une nouvelle logique

Paris : Editions Liaisons ; 1999

Zarifian P.

Le modèle de la compétence. Trajectoires historiques, enjeux actuels et propositions

Paris : Editions Liaisons ; 2001

ACTES DE COLLOQUES

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

Compétence/Qualification/Certification. Séminaire rencontres et échanges inter-instances, 6 juin 2002

Paris : Anaes ; 2002

Compétences : règles collectives et compromis sociaux

GIP Mutations des Industries et Services, journée d'étude, 26 octobre 2001

Paris : GIPMIS ; 2001

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés

Démographie des acteurs des soins primaires. Actes du séminaire du 15 octobre 2002

Paris : CNAMTS ; 2002.

Des pratiques européennes innovantes

Objectif compétences

Colloque MEDEF, novembre 2002

Paris : Synergie ; 2002

Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique

L'approche métier dans le respect d'une fonction publique de carrière. Journée d'étude du 26 mars 2003, Paris Maison de la Mutualité

Paris : DGAFP ; 2003

Les enjeux de la compétence

Ordre Méd 1999 ; 10

Mission des CHU de l'Europe de demain

VII^e assises nationales hospitalo-universitaires

Nice, 6 et 7 Mars 2003

Journées internationales de la formation "Objectif compétences" - Tome 12

synthèse des travaux

Paris : MEDEF ; 1998

Conseil National de l'Ordre National des Médecins

Qualité et compétence en médecine, un défi déontologique. Actes du colloque du 22-23 juin 2000

Paris : CNOM ; 2000

Recertification des médecins en exercice : expériences, essais et enjeux

Colloque International UNAFORMEC, 21-22 Novembre 1998

Paris : UNAFORMEC ; 1998

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

Relations entre accréditation /certification. Séminaire rencontre et échanges inter-instances, Paris, Anaes, 14 Mai 2001

Paris : Anaes ; 2001

Trudeau J.B.

Le système de surveillance et d'amélioration de l'exercice des médecins du Québec. In : L'évaluation des pratiques professionnelles en milieu ambulatoire. Place des recommandations de pratique clinique. La promotion et l'évaluation de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé. ISQUA 2002, livret des résumés, 5 novembre 2002

Paris : ANAES ; 2002.

TEXTES REGLEMENTAIRES

- *Décret n°2003-759 relatif au bilan de compétence des agents de la fonction publique hospitalière et modifiant le décret n°90-319 du 5 avril 1990. Journal Officiel 2002 ; 6 août.*
- *Décret n°2001-1347 du 28 décembre 2001 modifiant le décret n°88-981 du 13 octobre 1988 relatif au Conseil supérieur de la Fonction Publique Hospitalière. Titre IV. Missions, composition et fonctionnement de l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel 2001 ; 30 décembre.*
- *Décret n°2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur. Journal Officiel 2002 ; 10 avril.*
- *Décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique. Journal Officiel 2003 ; 27 mai.*
- *Directive 2001/19/CE du Parlement européen et du Conseil du 14 mai 2001 modifiant les directives 89/48/CEE et 92/51/CEE, du Conseil, concernant le système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, et les directives 77/452/CEE, 77/453/CEE, 78/686/CEE, 78/687/CEE, 78/1026/CEE, 78/1027/CEE, 80/154/CEE, 80/155/CEE, 85/384/CEE, 85/432/CEE, 85/433/CEE, et 93/16/CEE, du Conseil, concernant les professions d'infirmiers responsables des soins généraux, de praticien de l'art dentaire, de vétérinaire, de sage-femme, d'architecte, de pharmacien et de médecin (ci-après dénommée Directive SLIM). Journal Officiel 2001 ; 31 juillet.*
- *Directive 97/43/Euratom du conseil du 30 juin 1997 relative à la protection sanitaire des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants lors d'expositions à des fins médicales, remplaçant la directive 84/466/Euratom. Journal Officiel 1997 ; 9 juillet.*
- *Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Journal Officiel 2002 ; 18 janvier.*
- *Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel 2002 ; 5 mars.*
- *Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Journal Officiel 1996 ; 25 avril.*
- *Projet de loi relatif à la politique de santé publique. Document n°877*
Paris : Assemblée Nationale ; 2003 - Chapitre III : Formation médicale continue.
- *Proposition de directive du parlement européen et du conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, du 7 mars 2002*
Bruxelles : Commission des Communautés Européennes ; 2002.

CONVENTIONS COLLECTIVES

- *Convention collective nationale du 31 octobre 1951. Avenant n°2002-02 du 25 mars 2002 de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif.*
- *Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer. Convention collective du 1er janvier 1999 des Centres de Lutte Contre le Cancer.*
- *Convention collective nationale du 18 avril 2002 n°3307 de la Fédération de l'Hospitalisation Privée.*

L'organisation juridique des compétences des professionnels de santé

Rapport élaboré par Mr Joël MORET-BAILLY, Université Jean Monnet-Saint Etienne, Faculté de Droit

INTRODUCTION : L'ADMISSION DE L'ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE DES PERSONNES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	58
I. LE PRINCIPE : LA QUALIFICATION RÉSULTANT DU DIPLÔME, GAGE DE LA COMPÉTENCE	59
I.1 LA PROFESSION MÉDICALE : UNE HABILITATION GÉNÉRALE À INTERVENIR SUR LE CORPS D'AUTRUI	60
1.1.1 LE PRINCIPE DE L'HABILITATION GÉNÉRALE	60
<i>Les conditions de l'habilitation : le diplôme</i>	60
<i>La protection de l'habilitation : l'exercice illégal de la médecine</i>	61
1.1.2 LES SPÉCIALITÉS ET LA QUALIFICATION	63
1.1.3 LE MAINTIEN, PAR LA FORMATION CONTINUE, DE LA COMPÉTENCE POSTULÉE PAR LE DIPLÔME	64
1.1.4 LE CONTRÔLE DE LA COMPÉTENCE, NOUVELLE TÂCHE DES INSTITUTIONS PROFESSIONNELLES	65
I.2 LES AUTRES PROFESSIONS MÉDICALES : UNE HABILITATION SPÉCIALISÉE	66
1.2.1 LES CHIRURGIENS-DENTISTES	66
1.2.2 LES SAGES-FEMMES	66
I.3 LES PROFESSIONS DE LA PHARMACIE : LE MONOPOLE DE LA PRÉPARATION ET DE LA DÉLIVRANCE DES MÉDICAMENTS ET DISPOSITIFS MÉDICAUX	68
1.3.1 LES PHARMACIENS	68
1.3.2 LES PRÉPARATEURS EN PHARMACIE	69
I.4 LES AUXILIAIRES MÉDICAUX : UNE HABILITATION SOUS CONTRÔLE MÉDICAL	69
1.4.1 LA DÉFINITION DES PROFESSIONS	70
1.4.2 L'ENCADREMENT MÉDICAL DE L'ACTIVITÉ DES AUXILIAIRES MÉDICAUX	71
I.5 LES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES : ENTRE RÔLE THÉRAPEUTIQUE PROPRE, ENCADREMENT MÉDICAL ET ANIMATION D'ÉQUIPES SOIGNANTES	73
1.5.1 LE RÔLE THÉRAPEUTIQUE PROPRE	73
1.5.2 LES ACTIVITÉS ENCADRÉES PAR LA PROFESSION MÉDICALE	74
1.5.3 LES FONCTIONS D'ANIMATION D'ÉQUIPE ET D'ENCADREMENT	75
II. L'EXCEPTION : LA PRISE EN COMPTE DE L'INCOMPÉTENCE	77
II.1 LA PRISE EN COMPTE DE SON INCOMPÉTENCE PAR LE PROFESSIONNEL	77
II.1.1 UNE OBLIGATION DÉONTOLOGIQUE	77
II.1.2 UNE SANCTION DISCIPLINAIRE	78
II.2 LA PRISE EN COMPTE DE L'INCOMPÉTENCE DU PROFESSIONNEL PAR L'AUTORITÉ ADMINISTRATIVE	78
III. FAUTES PROFESSIONNELLES, COMPÉTENCE ET RESPONSABILITÉ	79
CONCLUSION : LA PLACE DE LA COMPÉTENCE DANS UN SYSTÈME ORGANISÉ EN RÉFÉRENCE À LA QUALIFICATION	80

INTRODUCTION

L'ADMISSION DE L'ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE
DES PERSONNES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Dans le système de droit français, une intervention sur le corps, si elle entraîne un dommage, constitue, par principe, une “atteinte à l'intégrité physique des personnes” au sens du code pénal⁽¹⁾. Elle est, à ce titre, punissable, la peine dépendant de la gravité de l'atteinte⁽²⁾.

La loi peut, cependant, organiser les conditions d'une atteinte légitime à l'intégrité corporelle, c'est-à-dire prévoir des cas dans lesquels l'atteinte sera justifiée et ne sera donc pas punissable. Cette possibilité est techniquement admise, dans le code pénal, par le mécanisme de “l'autorisation de la loi”⁽³⁾. Il s'agit de la technique traditionnellement utilisée en ce qui concerne l'intervention des professionnels de santé, du fait de son caractère thérapeutique⁽⁴⁾. On peut donc retenir que seule la loi peut autoriser un professionnel de santé à intervenir sur le corps humain. Se pose, dès lors, la question des critères légaux de la légitimité de ces interventions.

Le critère retenu par le législateur est celui de la qualification professionnelle liée à l'obtention d'un diplôme. Le système n'est donc pas fondé sur la compétence, possiblement entendue comme “une façon adaptée et reconnue de faire et de se comporter” des professionnels⁽¹⁾. La référence à la capacité effective d'un professionnel à délivrer des soins pertinents n'est essentiellement prise en compte que de manière négative, en référence à son éventuelle incompétence, voire à sa dangerosité⁽²⁾, ou encore en ce qui concerne la question de la mise en jeu de sa responsabilité professionnelle⁽³⁾.

I. LE PRINCIPE : LA QUALIFICATION RÉSULTANT DU DIPLÔME, GAGE DE LA COMPÉTENCE

Le code de la santé publique définit les professions en fonction des actes que celles-ci peuvent accomplir. Ceux-ci sont ensuite précisés dans le cadre de règlements. Cette construction présente l'avantage d'une certaine souplesse dans l'évolution des actes possibles tout en respectant le cadre général fixé par la loi, puisque, par principe, les règlements dépendent du Gouvernement et non du Parlement.

Au centre du système se trouve la profession médicale, les compétences des autres professions étant construites comme des dérogations à son monopole, protégé par l'infraction d'exercice illégal de la médecine. Un médecin peut toujours, en outre, intervenir dans le champ d'intervention d'une autre profession. Le "monopole" des professions autres que la profession médicale ne joue donc pas en ce qui concerne les médecins. Il est, par exemple, courant qu'un médecin obstétricien prenne le relais d'une sage-femme, ou qu'un médecin stomatologue succède à un chirurgien-dentiste.

Le code de la santé publique est implicitement organisé selon l'importance des qualifications professionnelles⁽⁵⁾. Sa quatrième partie, consacrée au "professions de santé", se décline, ainsi, en trois livres, dévolus, respectivement aux: "professions médicales", aux "professions de la pharmacie" et aux "auxiliaires médicaux"⁽⁶⁾. Le livre 1 est organisé en six titres, les deux premiers contenant des dispositions communes à l'ensemble des "professions médicales", les trois suivants dédiés aux professions de "médecin", "chirurgien-dentiste", et "sage-femme". Le dernier titre regroupe, quant à lui, des "dispositions pénales" qui concernent exclusivement l'exercice illégal des trois professions. Le livre 2, relatif aux "professions de la pharmacie", est consacré aux professions de pharmacien et de préparateur en pharmacie. Le livre 3, relatif aux "auxiliaires médicaux", traite, dans l'ordre des titres qui leur sont consacrés, des professions d'infirmier ou d'infirmière, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue, d'ergothérapeute et de psychomotricien, d'orthophoniste et d'orthoptiste, de manipulateur d'électroradiologie médicale, d'audioprothésiste et d'opticien-lunetier, et de la profession de diététicien.

Cette organisation n'est, évidemment, pas le fruit du hasard, les possibilités d'intervention sur le corps humain des différents professionnels allant dans un ordre décroissant. Deux éléments originaux doivent, cependant, être dès à présent soulignés. Il s'agit, d'une part, de la part prépondérante, dans l'organisation générale des textes relatifs aux professions de santé, de la profession médicale, qui oblige à lui faire une place à part y compris au sein des "professions médicales" au sens du code de la santé publique. Il s'agit, d'autre part, de la position particulière de la profession d'infirmier et d'infirmière qui, bien qu'appartenant à la catégorie légale des "auxiliaires médicaux", dispose d'un certain nombre de prérogatives particulières en termes d'actes de soins dans le cadre de son "rôle propre", ainsi que d'un certain nombre de compétences d'organisation et de direction des équipes soignantes.

Compte tenu de ces éléments, l'étude s'organisera de la manière suivante :

- La profession médicale* ▶ *une habilitation générale à intervenir sur le corps d'autrui*
- Les autres professions médicales* ▶ *une habilitation spécialisée*
- Les professions de la pharmacie* ▶ *le monopole de la préparation et de la délivrance des médicaments et dispositifs médicaux*
- Les auxiliaires médicaux* ▶ *une habilitation sous contrôle médical*
- Les infirmiers et infirmières* ▶ *entre rôle thérapeutique propre, encadrement médical et animation des équipes soignantes*

I.1 LA PROFESSION MÉDICALE : UNE HABILITATION GÉNÉRALE À INTERVENIR SUR LE CORPS D'AUTRUI

La capacité des médecins à intervenir sur le corps d'autrui résulte, par principe, de leur diplôme(1). Cette habilitation générale laisse cependant place à des qualifications particulières, organisées dans le cadre des spécialités(2). Depuis quelques années, les médecins sont également soumis à une obligation de formation continue, attestant, par la même, de la nécessité, pour ces professionnels, d'au moins "mettre à jour" leurs connaissances(3). Depuis la loi du 4 mars 2002, enfin, les institutions professionnelles sont chargées, par le législateur, d'un contrôle de la compétence de leurs membres(4).

I.1.1 Le principe de l'habilitation générale

Cette habilitation est soumise à des conditions, l'activité des personnes habilitées étant protégée par l'exercice illégal de la médecine.

I.1.1.1 Les conditions de l'habilitation : le diplôme

La possibilité d'exercer légalement la médecine sur le territoire national suppose remplies un certain nombre de conditions, énumérées par l'article L. 4111-1 du code de la santé publique(7).

Outre les conditions d'inscription à l'ordre professionnel(8) et de nationalité - qui reçoivent d'ailleurs exception dans certaines circonstances - la condition qui nous intéresse ici est la nécessité, pour appartenir à l'une des professions médicales, d'être "titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre" déterminé par la loi. Cette condition est primordiale, puisqu'elle conditionne la mise en œuvre des deux autres. Il s'agit donc bien de la condition principale de l'exercice régulier de la profession médicale et, plus largement, des professions médicales au sens du code de la santé publique.

La clef de voûte de l'organisation de l'atteinte légitime au corps humain par les médecins est donc bien leur qualification, attestée par le diplôme.

Le dispositif est cependant incomplet. Il ne suffit pas, en effet, de se contenter de déterminer les conditions de l'exercice légitime des professions. Encore est-il nécessaire, pour que le système fonctionne, de veiller à ce que des tiers non habilités n'adoptent pas les comportements réservés aux médecins. Cette fonction est techniquement remplie par l'incrimination de l'exercice illégal de la médecine.

I.1.1.2 La protection de l'habilitation : l'exercice illégal de la médecine

Les articles L. 4131-1, 2 et 3, qui incriminent l'exercice illégal de la médecine nous importent d'un double point de vue⁽⁹⁾. Ceux-ci permettent, en effet, d'une part, de définir ce qu'il faut entendre par "profession médicale", définition qui n'existe pas dans l'article L. 4111-1 du code. Ils permettent, d'autre part, de tracer les limites que ne sauraient franchir les non médecins sans tomber sous le coup de la loi.

Les 2^e, 4^e et 5^e prévoient que l'infraction est réalisée en cas d'irrespect des conditions d'exercice relatives à la nationalité et à l'inscription à l'ordre professionnel.

Le 3^e de l'article L. 4131-1, 2 et 3 prévoit, quant à lui, la répression en ce qui concerne l'assistance, par un médecin, à une personne qui exercerait illégalement l'art médical. Cette disposition présente un intérêt didactique, en ce qu'elle décrit précisément une situation factuelle. On peut cependant souligner qu'elle ne constitue, techniquement, qu'une hypothèse de complicité, prévue, de manière générale, par l'article 121-7 du code pénal, qui dispose : *"Est complice d'un crime ou d'un délit la personne qui sciemment, par aide ou assistance, en a facilité la préparation ou la consommation"*⁽¹⁰⁾.

Suite à ces premières remarques, nous intéresse donc principalement le 1^{er} du premier alinéa de l'article L. 4161-1, qui pose la définition de l'exercice illégal⁽¹¹⁾.

Dans ce cadre *"exerce illégalement la médecine (...) toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-6, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5"*⁽¹²⁾.

On constate ainsi que la perpétration des actes en cause n'est pas infractionnelle si elle est le fait du *"titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire"* des exceptions prévues par le code. Autrement dit, le respect des conditions de l'exercice légitime de la médecine, posées par l'article L. 4111-1 exonère les professionnels de leur responsabilité pénale.

On comprend également que la forme de l'acte infractionnel est indifférente à la réalisation de l'infraction puisque celle-ci est réalisée *"par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient"*.

Ne reste plus, à ce stade de l'analyse du contenu de l'article L. 4161-1, que la définition même de l'exercice de la médecine. Il s'agit ainsi de *"prend[re] part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées"*, ou de pratiquer *"l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine"*.

En résumé, constitue un exercice illégal de la médecine le diagnostic d'une maladie, le traitement d'un patient, ou la réalisation des actes professionnels réservés aux médecins. Ces derniers sont prévus dans un arrêté du 6 janvier 1962, fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyse médicales non médecins⁽¹³⁾.

En ce qui concerne les actes réservés à la profession médicale, l'article 2 énumère :

- 1) *Toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie.*
- 2) *Le massage prostatique.*
- 3) *Le massage gynécologique.*
- 4) *Tout acte de physiothérapie aboutissant à la destruction si limitée soit-elle des téguments, et notamment la cryothérapie, l'électrolyse, l'électrocoagulation et la diathermo-coagulation.*
- 5) *Tout mode d'épilation, sauf les épilations à la pince ou à la cire.*
- 6) *Toute abrasion instrumentale des téguments à l'aide d'un matériel susceptible de provoquer l'effusion du sang (rabotage, meulage, fraisage).*
- 7) *Le maniement des appareils servant à déterminer la réfraction oculaire.*
- 8) *Audiométrie tonale et vocale à l'exclusion des mesures pratiquées pour l'appareillage des déficients de l'ouïe, en application des dispositions de l'article L. 510-1 du code de la santé publique".*

L'importance des règles relatives à l'exercice illégal de la médecine ne doit pas être mésestimée. L'article L. 4161-4 du code de la santé publique dispose, en effet, que *"en ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la profession de sage-femme, les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, les conseils de l'ordre et les syndicats intéressés peuvent saisir les tribunaux par voie de citations directes, données dans les termes de l'article 388 du code de procédure pénale, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite intentée par le ministère public"*, possibilité dont les institutions professionnelles ne se sont, historiquement, pas privées. On conçoit donc que les institutions professionnelles peuvent être des acteurs actifs dans la défense des frontières professionnelles posées par la législation.

De même est-il également nécessaire de souligner la disparition, ces dernières années, d'une condition traditionnelle de la licéité de l'intervention des médecins sur le corps des patients : la finalité thérapeutique de l'acte médical. Cette condition n'est plus, en effet, la seule à justifier l'intervention des professionnels. D'une part, le développement de la bioéthique suppose l'intervention sur le corps d'une personne dans un intérêt qui peut être autre que le sien, intérêt d'autrui, ou intérêt général (recherche). Par exemple, si un prélèvement d'organe bénéficie indéniablement au receveur, il n'en est assurément pas de même pour le donneur. Dans cette perspective, les lois dites "bioéthiques" de 1994, sont intervenues, en grande partie, pour rendre légitimes certaines interventions sur le corps humain. Cette évolution a même amené, postérieurement à l'adoption des lois, à modifier l'article 16-3 du code civil, qui consacrait la référence au caractère thérapeutique de l'intervention pour autoriser l'intervention des professionnels.

L'article 16-3 du code civil prévoyait ainsi, en 1994, reprenant la condition traditionnelle de la licéité de l'intervention médicale, qu' *"il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne"*⁽¹⁴⁾, ce qui n'empêchait pas le code de la santé publique de prévoir nombre d'exceptions à ce principe⁽¹⁵⁾. Cette disposition a toutefois été modifiée en 1999, pour rendre licites certaines interventions chirurgicales destinées à empêcher la reproduction, et ne présentant aucun caractère thérapeutique. L'article 16-3 du code civil dispose désormais : *"il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne"*⁽¹⁶⁾. Autrement dit, une intervention médicale sur le corps humain, même sans visée thérapeutique pour le patient est, aujourd'hui, légitime.

On comprend donc, à l'issue de ces développements, que la possibilité, pour les médecins d'intervenir sur le corps humain n'est pas organisée en fonction de leur compétence, entendue comme leur aptitude effective à soigner, mais en fonction de leur qualification, attestée par leur diplôme. Le lien entre les deux types d'exigence est, en fait, effectué par le code de déontologie médicale qui prévoit, dans son article 70, que *"tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose"*⁽¹⁷⁾. Le professionnel apprécie donc lui-même sa propre compétence.

Un élément de précision des connaissances des professionnels, utilisable par les tiers, notamment les patients, est, cependant, mis en œuvre dans le cadre des "spécialités" et de la "qualification".

I.1.2 Les spécialités et la qualification

Tous les médecins disposent d'une qualification professionnelle particulière. Il s'agit de la médecine générale pour ceux qui ont suivi le cycle de formation des généralistes, ou d'une spécialité, acquise dans le cadre de l'internat qualifiant. Les règles relatives à la qualification font l'objet du "règlement de qualification", proposé par le Conseil national de l'ordre des médecins, et approuvé par un arrêté ministériel du 16 octobre 1989, modifié par l'arrêté du 5 juin 1990. Encore faut-il souligner que l'ordre des médecins n'a pas à se prononcer sur la qualification, mais doit se contenter de prendre acte de la qualification décernée par les instances universitaires.

Le règlement de qualification comporte trois titres. Le titre 1 traite des dispositions relatives aux médecins qui ont obtenu leur diplôme dans le cadre du nouveau régime d'études prévu à l'article 46 de la loi n°68-978 du 12 novembre 1968, modifiée par les lois n°82-1098 du 23 décembre 1982, n°87-588 du 30 juillet 1987 et n°89-18 du 13 janvier 1989. Le titre 2 traite des dispositions relatives à la reconnaissance des diplômes, certificats et autres titres de médecins spécialistes délivrés aux ressortissants des États membres des Communautés européennes. Le titre 3, enfin, traite des dispositions transitoires concernant les médecins issus de l'ancien régime d'études médicales. Il comprend le rappel des dispositions de l'ancien règlement de qualification de 1970 qui restent applicables aux médecins qualifiés spécialistes ou compétents en vertu de ce texte.

Ce règlement de 1970 présente, ce faisant, un intérêt en ce qui concerne les rapports entre les notions de compétence et de qualification. Celui-ci prévoit, en effet, deux voies de qualification pour un médecin : médecin spécialiste qualifié, ou médecin compétent qualifié. Selon l'article 2 du règlement, *"est considéré comme médecin spécialiste qualifié, tout docteur en médecine qui possède, dans une des disciplines énumérées au présent article, un certificat d'études spéciales lorsqu'un enseignement a été institué. A défaut de la possession de ce certificat peuvent être prises en considération des connaissances particulières, qui seront appréciées dans les conditions prévues au présent règlement"*. Selon l'article 3 du même texte, *"Est considéré comme médecin compétent qualifié, tout docteur en médecine qui possède, dans une des disciplines énumérées au présent article, un certificat d'études spéciales lorsqu'un enseignement a été institué. A défaut de la possession de ce certificat, peuvent être prises en considération des connaissances particulières qui seront appréciées dans les conditions prévues au présent règlement"*. On comprend donc que la qualification se déduit, d'après l'arrêté de 1970, de la possession de certaines compétences. On conçoit, en outre, que ce n'est pas la qualification qui permet de déterminer la compétence, mais la compétence effective qui permet de prétendre à une qualification particulière. La qualification reste donc bien au centre du système, puisque celui-ci est organisé pour qu'un professionnel effectivement compétent puisse prétendre à une qualification habituellement liée au diplôme.

In fine, les règles relatives aux spécialités et qualifications confirment que, qu'il s'agisse de l'habilitation générale à intervenir sur le corps humain ou de la désignation de capacités particulières dans le cadre de spécialités, celles-ci résultent des diplômes acquis par les professionnels, la prise en compte éventuelle de la compétence effective ne permettant que de prétendre à une qualification normalement attestée par un diplôme.

Les exigences liées à la volonté de garantir une compétence effective des professionnels ont cependant amené le législateur à imposer un certain nombre d'obligations en termes de formation continue.

I.1.3 Le maintien, par la formation continue, de la compétence postulée par le diplôme

Les premières dispositions relatives au maintien des connaissances des professionnels ont été édictées dans le code de déontologie médicale de 1979 (l'obligation en cause ne semblait donc pas importante dans le code de déontologie précédent, datant de 1955). Celles-ci sont reprises dans le code de 1995, dont l'article 11 dispose : ***"Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles"***.

L'obligation de formation continue est devenue une obligation légale en 1996, avant d'être réformée par la loi du 4 mars 2002⁽¹⁸⁾. D'après l'exposé des motifs du projet de cette dernière loi, il était nécessaire, en effet, de *"réformer la législation relative à la formation médicale continue, afin d'assurer la sécurité sanitaire et la qualité des soins"*. Cette nécessité résultait du fait que *"la législation relative à la formation médicale continue, issue de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, a connu de réelles difficultés de mise en place"*. De ce fait, les nouvelles dispositions *"étendent l'obligation de formation professionnelle continue à tous les médecins libéraux et salariés publics et privés y compris hospitaliers, (indépendamment de la formation professionnelle continue définie par le code du travail - facultative - et par le code de la sécurité sociale – conventionnelle -) alors qu'auparavant cette obligation ne s'imposait qu'aux médecins libéraux et à ceux exerçant dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier"*.

Résultant de cette volonté, l'article L. 4133-1 du code de la santé publique dispose : ***"La formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique. Elle constitue une obligation pour tout médecin tenu pour exercer sa pratique de s'inscrire à l'ordre des médecins en vertu des dispositions du 3° de l'article L. 4111-1"***⁽¹⁹⁾.

La formule utilisée par les dispositions légales et déontologiques "l'entretien et le perfectionnement des connaissances" est tout à fait cohérente avec la logique d'un système fondé sur la qualification et non sur la compétence effective. Dans la perspective de ces dispositions, il ne s'agit que "d'entretenir" ou de "perfectionner" un certain nombre de connaissances, formule impliquant qu'il n'y a pas d'éléments radicalement nouveaux à acquérir après la fin des études médicales, la formation initiale étant suffisante pour permettre la pratique professionnelle. Ces dispositions ne concernent, d'ailleurs, aucunement la "compétence" des professionnels, mais seulement leurs "connaissances". Il s'agit donc, dans ce dispositif, d'une obligation d'adaptation à l'évolution de la médecine considérée uniquement dans sa dimension "scientifique". Un coin est cependant enfoncé dans la construction puisque l'article L. 4133-1 prévoit que la formation médicale continue intègre "le domaine des droits de la personne", à moins qu'il ne s'agisse d'une mise à jour en ce qui concerne la "science juridique".

On peut donc constater, une fois de plus, que les dispositifs légaux s'inscrivent dans une logique de qualification, et non de compétence.

I.1.4 Le contrôle de la compétence, nouvelle tâche des institutions professionnelles

La loi du 4 mars 2002 a innové en ajoutant aux missions traditionnelles des ordres professionnels des professions médicales l'obligation de veiller à "la compétence" des professionnels : c'est ainsi que l'article L. 4121-2 du code de la santé publique dispose, à présent : *"L'ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes veillent 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, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1"*⁽²⁰⁾.

Il est trop tôt pour mesurer les conséquences pratiques de ce dispositif. On peut, cependant, souligner que cette disposition fait bien référence à la "compétence" des professionnels, et non à leurs "connaissances" ou à leur "qualification". Des possibilités existaient cependant, dès avant la réforme du 4 mars 2002, pour les ordres professionnels, de prendre en compte la compétence d'un professionnel. L'article 70 du code de déontologie médicale dispose, en effet, que *"Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose"*. Sachant que l'irrespect des règles déontologiques peut entraîner le prononcé de sanctions disciplinaires, les ordres professionnels pouvaient donc, dès avant la modification de l'article L. 4121-2 du code de la santé publique, opérée par la loi du 4 mars 2002, sanctionner disciplinairement un professionnel ayant fait preuve d'incompétence⁽²¹⁾.

La mission nouvelle des ordres professionnels va-t-elle plus loin que la seule capacité de sanction disciplinaire ? Aucun argument de technique juridique ne vient étayer cette hypothèse. On peut cependant se demander, si tel n'était pas le cas, pourquoi le législateur aurait pris la peine de modifier les missions des ordres professionnels.

On constate, à l'issue de ces développements, que la construction juridique de la profession médicale est dominée par une logique première selon laquelle la qualification par la possession d'un diplôme atteste seule de la compétence professionnelle, sans vérification, au delà de l'acquisition de connaissances attestée par le diplôme, de la capacité effective d'un professionnel à "bien" exercer sa profession.

Nous allons constater que la régulation des autres professions médicales est construite sur le même modèle.

I.2 LES AUTRES PROFESSIONS MÉDICALES : UNE HABILITATION SPÉCIALISÉE

Le code de la santé publique qualifie deux autres professions de "professions médicales" : les professions de chirurgien-dentiste et de sage-femme. L'organisation de ces professions se caractérise par la capacité, accordée aux professionnels, de déterminer et de pratiquer l'ensemble des soins qu'ils jugent utiles, si tant est que ceux-ci interviennent dans leur champ de compétence. Le législateur ne limite donc pas les actes possibles, mais les domaines dans lesquels les professionnels peuvent intervenir. Cette capacité dépend, cependant, comme en ce qui concerne la profession médicale, de la qualification acquise par les professionnels dans le cadre de leurs diplômes.

I.2.1 Les chirurgiens-dentistes

Selon l'article L. 4141-1 du code de la santé publique, *"La pratique de l'art dentaire comporte le diagnostic ou le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents et des maxillaires, suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1"*. L'article L. 4141-2 prévoit, quant à lui, que *"Les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les médicaments nécessaires à l'exercice de l'art dentaire"*.

On peut remarquer que la définition de la profession de l'art dentaire reprend les termes de la définition de l'exercice illégal de la médecine, le *"diagnostic ou le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées"*. Le chirurgien-dentiste peut donc intervenir de la même manière que le médecin, mais dans un domaine spécifique : les soins de la bouche, des dents et des maxillaires.

Dans cette perspective, l'article L. 4161-2 du code de la santé publique dispose : *"Exerce illégalement l'art dentaire : 1^o) Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un praticien, à la pratique de l'art dentaire, par consultation, acte personnel ou tous autres procédés, quels qu'ils soient, notamment prothétiques"*⁽²²⁾.

I.2.2 Les sages-femmes

En ce qui concerne les sages-femmes, l'article L. 4151-1 du code de la santé publique définit l'exercice de la profession de la manière suivante : *"L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1. L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale"*.

Tout comme en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, l'article L. 4151-4 prévoit, quant à lui, que *"Les sages-femmes ne peuvent prescrire que les examens ainsi que les médicaments nécessaires à l'exercice de leur profession. La liste de ces examens et de ces médicaments est établie par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Académie nationale de médecine"*. On constate, cependant, une différence de rédaction par rapport aux praticiens de l'art dentaire. Ces derniers sont, en effet - alors que le résultat concret est le même -, autorisés à *"prescrire tous les médicaments nécessaires à l'exercice de l'art dentaire"*, alors que les sages-femmes *"ne peuvent prescrire que les examens ainsi que les médicaments nécessaires à l'exercice de leur profession"*.

La même tonalité se dégage des articles L. 4151-2 et 3 qui disposent, respectivement, que *"Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations antivarioliques et les soins prescrits ou conseillés par un médecin"*, et que celles-ci *"ne peuvent employer que les instruments dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Académie nationale de médecine. En cas d'accouchement dystocique ou de suites de couches pathologiques, elles doivent faire appeler un médecin"*⁽²³⁾.

Enfin, conformément au modèle de la profession médicale, l'article L. 4161-3 incrimine l'exercice illégal de la médecine à titre principal de la manière suivante : *"Exerce illégalement la profession de sage-femme : (...) Toute personne qui pratique habituellement les actes mentionnés à l'article L. 4151-1 sans remplir les conditions exigées par le présent livre pour l'exercice de la profession de médecin ou de sage-femme"*⁽²⁴⁾.

En conclusion de ces développements relatifs aux professions médicales autres que médecins, on peut souligner qu'en ce qui les concerne, la question des "spécialités et qualifications" n'existe pas.

De manière comparable, le législateur n'a pas prévu de règles d'organisation de la formation continue. Celle-ci reste, comme en ce qui concerne les médecins avant 1996, et adoptant une formulation similaire, un devoir déontologique. Ainsi, le code de déontologie des chirurgiens-dentistes dispose-t-il, dans son article 11, que *"Le chirurgien-dentiste a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, notamment en participant à des actions de formation continue"*⁽²⁵⁾ ; celui des sages-femmes fait de même dans son article 4, qui prévoit que *"Les sages-femmes ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances"*⁽²⁶⁾.

Deux règles, sont, en revanche, communes aux trois professions : il s'agit de l'exigence d'une "connaissance suffisante de la langue française" comme condition de l'inscription à l'ordre professionnel⁽²⁷⁾, ainsi que l'obligation résultant de la loi du 4 mars 2002 et formalisée dans l'article L. 4121-2 du code de la santé publique, pour les ordres professionnels de veiller à la compétence de leurs membres⁽²⁸⁾.

Le point le plus important à retenir reste cependant que la logique à l'œuvre en ce qui concerne ces deux professions médicales, pour autoriser leurs atteintes à l'intégrité corporelle d'autrui, renvoie, comme en ce qui concerne les médecins, à leur qualification, et non à leur compétence.

I.3 LES PROFESSIONS DE LA PHARMACIE : LE MONOPOLE DE LA PRÉPARATION ET DE LA DÉLIVRANCE DES MÉDICAMENTS ET DISPOSITIFS MÉDICAUX

Les professions de la pharmacie sont au nombre de deux : les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie.

I.3.1 Les pharmaciens

La logique qui préside à l'organisation de la profession pharmaceutique est la même que celle qui préside à l'organisation des professions médicales. L'article L. 4221-1 du code de la santé publique dispose ainsi que : "Nul ne peut exercer la profession de pharmacien s'il n'offre toutes garanties de moralité professionnelle et s'il ne réunit les conditions suivantes :

- ▶ Être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre définis aux articles L. 4221-2 à L. 4221-8 ;
- ▶ Être de nationalité française, citoyen andorran, ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou ressortissant d'un pays dans lequel les Français peuvent exercer la pharmacie lorsqu'ils sont titulaires du diplôme qui en ouvre l'exercice aux nationaux de ce pays ;
- ▶ Être inscrit à l'ordre des pharmaciens".

On retrouve ici les trois conditions traditionnelles pour exercer une profession médicale : inscription à l'ordre professionnel, nationalité, mais surtout diplôme. Dans la même logique, le code de la santé publique incrimine l'exercice illégal de la profession dans son article L. 4223-1, qui dispose : "*Le fait de se livrer à des opérations réservées aux pharmaciens, sans réunir les conditions exigées pour l'exercice de la pharmacie, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende*"⁽²⁹⁾.

L'originalité de la profession pharmaceutique par rapport aux professions médicales réside dans le fait que celle-ci n'effectue pas d'actes de soins, mais prépare et délivre des produits de santé. Dans le but de contrôler la diffusion de ces produits potentiellement dangereux, le législateur réserve aux pharmaciens le monopole de leur délivrance. L'article L. 4211-1 du code de la santé publique précise le contenu de ce monopole : il s'agit, essentiellement de "la préparation des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine" ainsi que de "la vente en gros, la vente au détail et toute dispensation au public des médicaments, produits et objets" de santé⁽³⁰⁾.

Deux éléments de la régulation de la profession pharmaceutique rejoignent, en outre, ceux des professions médicales. D'une part, en effet, en ce qui concerne la formation continue, seul le code de déontologie pharmaceutique se préoccupe de la question, disposant, dans son article 11, que "*Les pharmaciens ont le devoir d'actualiser leurs connaissances*"⁽³¹⁾. D'autre part, la loi du 4 mars 2002 a, comme en ce qui concerne les professions médicales, modifié les règles relatives aux missions de l'ordre professionnel, prévoyant, dans l'article L. 4231-1 du code de la santé publique, que "*L'ordre national des pharmaciens a pour objet (...) 3° De veiller à la compétence des pharmaciens*". On peut donc constater que la logique à l'œuvre dans les professions médicales, dérivant la compétence de la qualification, sert de modèle à la régulation de la profession de pharmacien⁽³²⁾.

I.3.2 Les préparateurs en pharmacie

Le code de la santé publique définit le rôle des préparateurs en pharmacie, avant de déterminer les conditions d'acquisition du diplôme.

L'article L. 4241-1 du code détermine ainsi que "Les préparateurs en pharmacie sont seuls autorisés à seconder le titulaire de l'officine et les pharmaciens qui l'assistent dans la préparation et la délivrance au public des médicaments destinés à la médecine humaine et à la médecine vétérinaire". Cette profession est cependant placée sous le contrôle des pharmaciens. D'une part, l'article L. 4241-2 dispose que *"tout pharmacien est autorisé à se faire aider dans son officine par un ou plusieurs préparateurs en pharmacie"*, ce qui implique que seuls les pharmaciens peuvent décider de fournir une activité aux préparateurs ; d'autre part, l'article L. 4241-1 dispose, dans son second alinéa, que les préparateurs *"assument leurs tâches sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un pharmacien"*⁽³³⁾. Le code ajoute, en outre, dans son article L. 4141-3 que *"Les préparateurs en pharmacie ne peuvent, en aucun cas, se substituer à la personne du pharmacien quant aux prérogatives attachées au diplôme de pharmacien et quant à la propriété des officines"*.

Ayant défini les activités des préparateurs ainsi que leur contrôle, le code détermine les conditions d'accès à la profession. L'article L. 4241-4 dispose ainsi *"Est qualifiée préparateur en pharmacie toute personne titulaire du brevet professionnel institué au présent chapitre"*. Cette formulation est même particulièrement intéressante en ce qui nous concerne puisqu'elle fait bien référence à une "qualification".

Nous allons constater que la situation des auxiliaires médicaux obéit à une logique proche de celle qui régit les relations entre les préparateurs en pharmacie et les pharmaciens.

I.4 LES AUXILIAIRES MÉDICAUX : UNE HABILITATION SOUS CONTRÔLE MÉDICAL

Comme les autres professionnels de santé, les auxiliaires médicaux, dont la régulation fait l'objet du livre 3 de la quatrième partie du code de la santé publique, n'ont, par principe, pas qualité pour intervenir sur le corps d'autrui. Seule la loi peut donc les y autoriser.

Dans cette perspective, une règle générale figure dans l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, dont l'objet principal est l'incrimination de l'exercice illégal de la médecine. Son second alinéa dispose, en effet, que *"les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret"*. C'est à partir de la désignation, notamment des *"personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret"*, que se développe la régulation des auxiliaires médicaux.

Les différentes professions d'auxiliaires médicaux organisées par le code de la santé publique sont les professions d'infirmier ou d'infirmière, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue, d'ergothérapeute et de psychomotricien, d'orthophoniste et d'orthoptiste, de manipulateur d'électroradiologie médicale, d'audioprothésiste et d'opticien-lunetier, ainsi que la profession de diététicien.

Nous avons, dans ce contexte, souligné, dès les propos liminaires de cette analyse, la posture particulière de la profession d'infirmier et d'infirmière qui, bien qu'appartenant à la catégorie légale des "auxiliaires médicaux", dispose d'un certain nombre de prérogatives particulières en termes d'actes de soins dans le cadre de son "rôle propre", ainsi que d'un certain nombre de compétences d'organisation et de direction des équipes soignantes. **Nous traiterons, de ce fait, des règles relatives à cette profession dans une subdivision particulière.**

Deux points saillants sont utilisés, par le législateur, pour structurer l'organisation des professions d'auxiliaires médicaux : leur définition et la configuration, particulière à chaque profession, du contrôle médical sur leur activité.

I.4.1 La définition des professions

Le code de la santé publique définit directement cinq de ces professions, les professions de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste, d'orthoptiste et d'audioprothésiste.

L'article L. 4321-1 dispose ainsi : *"La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale"*⁽³⁴⁾.

L'article L. 4322-1 dispose, quant à lui : *"Seuls les pédicures-podologues ont qualité pour traiter directement les affections épidermiques, limitées aux couches cornées et les affections unguéales du pied, à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion de sang. Ils ont également seuls qualité pour pratiquer les soins d'hygiène, confectionner et appliquer les semelles destinées à soulager les affections épidermiques"*⁽³⁵⁾.

Selon l'article L. 4341-1, *"Est considérée comme exerçant la profession d'orthophoniste toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes de rééducation constituant un traitement des anomalies de nature pathologique, de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit, hors la présence du médecin"*⁽³⁶⁾.

De manière relativement proche, l'article L. 4342-1 décide : *"Est considérée comme exerçant la profession d'orthoptiste toute personne qui exécute habituellement des actes de rééducation orthoptique hors la présence du médecin"*⁽³⁷⁾.

L'article L. 4361-1 du même code dispose, enfin : *"Est considérée comme exerçant la profession d'audioprothésiste toute personne qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe. Cet appareillage comprend le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiate et permanente de la prothèse auditive et l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe appareillé"*⁽³⁸⁾.

Ces définitions présentent l'avantage de permettre de se faire une idée globale du champ d'intervention légitime de chaque profession.

Le code de la santé publique utilise cependant un autre procédé de définition beaucoup moins clair, qui concerne les professions d'ergothérapeute, de psychomotricien et de manipulateur d'électroradiologie médicale, se contentant de préciser, de manière tautologique, que les membres de la profession sont ceux qui en exécutent habituellement les actes, définis dans le décret en Conseil d'Etat qui, conformément à l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, leur est consacré.

Le code dispose ainsi, dans son article L. 4331-1 : *"Est considérée comme exerçant la profession d'ergothérapeute toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes professionnels d'ergothérapie, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine"*⁽³⁹⁾.

De manière similaire, l'article L. 4332-1 décide : *"Est considérée comme exerçant la profession de psychomotricien toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes professionnels de rééducation psychomotrice, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine"*⁽⁴⁰⁾.

Utilisant, lui aussi ce type de définition, l'article L. 4351-1 dispose, enfin : *"Est considérée comme exerçant la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale toute personne qui, non médecin, exécute habituellement, sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, des actes professionnels d'électroradiologie médicale, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine"*⁽⁴¹⁾.

Reste la profession d'opticien-lunetier, dont la définition est originale, puisqu'elle ne fait référence qu'à la qualification des professionnels. L'article L. 4362-1 décide, ainsi, que *"Peuvent exercer la profession d'opticien-lunetier détaillant les personnes pourvues de diplômes, certificats ou titres mentionnés aux articles L. 4362-2 et L. 4362-3"*⁽⁴²⁾.

Précisons, enfin, que le fait d'être diététicien n'est pas, à proprement parler, une profession, mais un titre. L'article L. 4371-1 prévoit, en effet, que : *"L'usage professionnel du titre de diététicien, accompagné ou non d'un qualificatif, est réservé aux titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionné à l'article L. 4371-2 ou aux personnes autorisées selon les dispositions de l'article L. 4371-3"*⁽⁴³⁾.

Une autre série de dispositions, propres à chaque activité d'auxiliaires médicaux, fait référence aux diplômes nécessaires pour ambitionner d'exécuter des actes professionnels⁽⁴⁴⁾, ou à porter le titre en ce qui concerne l'activité de diététicien. Il en est de même de l'exercice illégal des professions concernées.

I.4.2 L'encadrement médical de l'activité des auxiliaires médicaux

On a pu constater, que, outre la consultation de l'Académie de médecine, étape obligée de l'élaboration du décret relatifs aux actes professionnels réalisables par les différentes professions, les médecins étaient présents dans les textes définissant les différentes professions d'auxiliaires médicaux. Certains de ces textes évoquaient, en effet, les actes placés *"sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement"* ; d'autres précisaient que tels professionnels *"exercent leur art sur prescription médicale"*.

Ces différences de construction renvoient, en fait, à la typologie des actes déterminée dans l'arrêté du 6 janvier 1962, fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyse médicales non médecins⁽⁴⁵⁾. Rappelons que cet arrêté est pris en application des dispositions relatives à l'exercice illégal de la médecine, qui réservent certains actes professionnels à la seule profession médicale⁽⁴⁶⁾.

Cet arrêté est fondamental en ce qui concerne les auxiliaires médicaux, puisqu'il fixe le champ et les limites de leurs interventions. Dans ce contexte, rappelons que celui-ci définit trois types d'actes en fonction du contrôle exercé sur leur réalisation par la profession médicale : l'article 2 détermine les actes qui *"ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine"* ; l'article 3 prévoit que *"ne peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés que sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment, les actes médicaux suivant, dont la liste est limitative"* ; selon l'article 4, enfin, *"peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés et uniquement sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci, les actes médicaux suivants, dont la liste est limitative"*.

Dans cette perspective, l'ensemble des décrets relatifs aux actes professionnels pouvant être pratiqués par les différentes professions d'auxiliaires médicaux, reprend, de manière complète ou partielle, la typologie générale des actes, à l'œuvre dans l'arrêté de 1962. Par exemple, le décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute⁽⁴⁷⁾, prévoit, dans son article 5 : *"Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants (...)"* ; il prévoit, en outre, dans son article 8 : *"Sur prescription médicale, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, le masseur-kinésithérapeute est habilité à (...)"*. De manière comparable, et reprenant la contrainte figurant dans l'article L. 4342-1, selon lequel *"est considérée comme exerçant la profession d'orthoptiste toute personne qui exécute habituellement des actes de rééducation orthoptique hors la présence du médecin"*, le décret n° 2001-591, du 2 juillet 2001, fixant la liste des actes pouvant être accompli par les orthoptistes, comprend trois articles débutant par la formule suivante : *"les orthoptistes sont habilités, sur prescription médicale (...)"*.

L'ensemble de cette construction peut être analysée de la manière suivante.

On constate, tout d'abord, que la "logique de la qualification", qui préside à l'organisation des "professions médicales", et des "professions de la pharmacie", au sens du code de la santé publique, est aussi à l'œuvre en ce qui concerne les professions d'auxiliaires médicaux. Si ceux-ci sont autorisés à effectuer certains actes, ce n'est jamais que du fait de l'obtention d'une qualification professionnelle par la voie du diplôme.

On peut souligner, en outre, la position centrale de la profession médicale dans la régulation des professions d'auxiliaires médicaux. L'Académie de médecine est, en effet, systématiquement consultée en ce qui concerne le contenu des décrets relatifs aux actes pouvant être accompli par les différentes professions, sachant que ceux-ci s'inscrivent dans la typologie définie dans l'arrêté du 6 janvier 1962, pris, lui aussi, après consultation de ladite Académie. Une bonne partie des actes qui peuvent être accomplis par des auxiliaires médicaux ne peuvent l'être que "sur prescription médicale", et même "à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment". Ces dernières remarques permettent de donner tout son sens à l'expression "auxiliaires médicaux".

Seule échappe, en partie, à cette logique, la profession d'infirmiers et infirmières.

I.5 LES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES : ENTRE RÔLE THÉRAPEUTIQUE PROPRE, ENCADREMENT MÉDICAL ET ANIMATION D'ÉQUIPES SOIGNANTES

► Selon l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, "Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement". L'article précise, comme en ce qui concerne les autres professions d'auxiliaires médicaux, les conditions de diplôme nécessaires pour accéder à la profession : "Sous réserve des dispositions des articles L. 4311-4 et L. 4311-5, peuvent exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionné aux articles L. 4311-3 et L. 4311-4, ou titulaires des autorisations prévues aux articles L. 4311-9 et L. 4311-10". La construction de la profession d'infirmière répond donc, elle aussi, à la logique de la qualification.

► Le décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier précise, dans son article 1, la définition de la profession : "L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif".

► Dans ce contexte, le décret du 11 février 2002 permet de distinguer trois types d'intervention des infirmiers et infirmières. Il s'agit, d'une part des actes s'inscrivant dans leur "rôle thérapeutique propre"; il s'agit, d'autre part, des actes encadrés par la profession médicale ; il s'agit, enfin, de leurs fonctions d'animation d'équipe et d'encadrement.

I.5.1 Le rôle thérapeutique propre

D'après l'article 3 du décret du 11 février 2002, "Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes". Celui-ci précise, dans son second alinéa, que "dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions de l'article 5 ci-après. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers".

L'article 5 du décret introduit la liste des actes relevant du rôle propre de l'infirmier de la manière suivante : "*Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : (...)*".

La profession d'infirmier ou infirmière dispose donc d'une autonomie substantielle en ce qui concerne "les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie".

Son activité est, en revanche beaucoup plus encadrée en ce qui concerne ses autres interventions.

I.5.2 Les activités encadrées par la profession médicale

Le décret du 11 février 2002, reprend, en ce qui concerne les autres interventions des infirmiers et infirmières, la typologie à l'œuvre en ce qui les concerne l'ensemble des professions d'auxiliaires médicaux⁽⁴⁸⁾.

Son article 6 dispose ainsi : "(...) l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin : (...)". Son article 7 prévoit, quant à lui : "l'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers". L'article 8 énumère les actes que "l'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, (...) à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment". L'article 9 précise, en outre que "l'infirmier participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes (...)". L'article 13 précise, enfin, que "En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient"⁽⁴⁹⁾.

Le code de déontologie des infirmiers et infirmières précise, quant à lui, les rapports que ces derniers doivent entretenir avec les autres professionnels de santé, notamment les médecins⁽⁵⁰⁾.

Celui-ci dispose ainsi, dans son article 29 : "L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés. Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise. Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution. Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé. En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé".

Outre son rôle propre, la seconde originalité de la profession d'infirmier et infirmières en tant qu'auxiliaire médical, réside dans ses fonctions d'animation d'équipe et d'encadrement.

I.5.3 Les fonctions d'animation d'équipe et d'encadrement

D'après l'article 3 du décret du 11 février 2002, l'infirmier peut, dans le cadre de son rôle propre *"élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers"*. En outre, d'après l'article 4, dans ce même cadre, et *"lorsque les soins sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article 3"*. L'article 31 du code de déontologie des infirmiers et infirmières ajoute que *"l'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité"*.

Ces différentes dispositions mettent en place une organisation qui reprend le modèle des rapports entre les médecins et les auxiliaires médicaux. Ce ne sont, cependant, cette fois-ci, pas les médecins qui encadrent et contrôlent des auxiliaires médicaux, mais les infirmiers et infirmières qui encadrent et contrôlent les aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques *"dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation"*.

Cette possibilité de délégation est donc doublement limitée, d'une part par le fait qu'elle ne peut prendre corps qu'en ce qui concerne le rôle propre de l'infirmier ou infirmière, c'est-à-dire en ce qui concerne *"les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie"*, d'autre part par la qualification des délégataires. Elle ne nécessite pas, en revanche, comme en ce qui concerne certains actes encadrés par la profession médicale, que ceux-ci soient effectués sous sa *"responsabilité et sa surveillance directe (...), celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment"*, formule de l'article 3 de l'arrêté de 1962. Elle reprend plutôt le modèle de l'article 4 de cet arrêté, relatif aux actes effectués *"sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci"*, la prescription qualitative et quantitative du médecin étant remplacée par les protocoles de soins infirmiers, mais l'activité pouvant se dérouler *"en dehors de la présence"* du professionnel. Une telle construction permet, en outre, à un infirmier ou une infirmière d'encadrer plusieurs de ses aides.

Dans ce contexte, les aides-soignantes font l'objet, à l'heure actuelle, de la réglementation suivante : le décret n°94-626 du 22 juillet 1994, relatif à la formation des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture et modifiant le décret n°47-1544 du 13 août 1947 modifié instituant un diplôme d'Etat de puériculture, prévoit les conditions de diplôme permettant d'accéder à ces deux activités. Un arrêté d'application du 22 juillet 1994, relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et au certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture organise, quant à lui, le fonctionnement des écoles et détermine le contenu des programmes permettant l'obtention desdits diplômes⁽⁵¹⁾. Le contenu précis des formations fait l'objet de l'annexe du texte. Celle-ci précise, en outre, les objectifs de la formation d'aide-soignant, permettant de déterminer, selon l'expression de l'article 4 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, *"les limites de la qualification reconnue"* aux aides des infirmiers et infirmières *"du fait de leur formation"*⁽⁵²⁾.

Ladite annexe révèle les objectifs suivants :

- " ▶ *participer à l'accueil de la personne et de son entourage ;*
- ▶ *situer son action au sein d'une équipe de travail ;*
- ▶ *participer à l'identification des besoins physiques, physiologiques et psychologiques de l'être humain, aux différentes étapes de la vie et de leurs modifications ;*
- ▶ *appliquer les méthodes et les moyens adaptés à l'exécution de soins en collaboration avec l'infirmier ;*
- ▶ *participer à l'animation et à l'organisation d'activités ;*
- ▶ *collaborer à l'organisation de la vie d'une personne ou d'un groupe de personnes en favorisant, dans la mesure du possible, la participation de celles-ci dans toutes les activités quotidiennes ;*
- ▶ *transmettre ses observations par oral et par écrit ;*
- ▶ *transmettre les connaissances liées à sa fonction et, dans ce cadre, participer à des actions de formation."*

Observons, toutefois, que la régulation de ces activités obéit, elle aussi, à la logique de la qualification, qui se révèle donc à l'œuvre pour l'ensemble des professions ou activités intervenant dans le champ de la santé.

À titre de conclusion, on peut remarquer que, comme les professions de sage-femme et de chirurgien-dentiste, la profession d'infirmier et infirmières connaît une obligation de formation continue, devoir contenu dans l'article 10 du code de déontologie de la profession, selon lequel : *"pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié"*.

Cependant, un professionnel peut, dans certaines circonstances, ne pas être compétent. Le système de droit français prend ainsi en compte, à titre exceptionnel, l'incompétence d'un professionnel.

II. L'EXCEPTION : LA PRISE EN COMPTE DE L'INCOMPÉTENCE

La prise en compte de la compétence d'un professionnel peut-être le fait du professionnel lui-même, ou celui de l'autorité administrative.

II.1 LA PRISE EN COMPTE DE SON INCOMPÉTENCE PAR LE PROFESSIONNEL

La prise en compte de son incompétence par le professionnel constitue une obligation déontologique, disciplinairement sanctionnée.

II.1.1 Une obligation déontologique

Selon l'article 47 du code de déontologie médicale, *"un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles"*⁽⁵³⁾. On peut considérer que les "raisons professionnelles", visées à l'article, intègrent les cas dans lesquels le professionnel s'estimerait incompétent pour dispenser des soins efficaces. Faisant écho à cette logique, l'article 70 du même code dispose, quant à lui : "tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose". On peut sans doute considérer que la référence aux "connaissances" et à "l'expérience" équivaut à une référence à sa compétence. Ce dernier champ sémantique est, d'ailleurs, utilisé dans l'article 32 de ce code, qui dispose : "Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents", considérant, implicitement, qu'un médecin peut ne pas l'être.

Le terme "compétence" est, également, employé dans le texte équivalent du code de déontologie et sage-femme, dont l'article 13 dispose : *"Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités"*⁽⁵⁴⁾. Il en est de même de l'article 25 alinéa 2, qui dispose : *"Sauf cas de force majeure, notamment en l'absence de médecin ou pour faire face à un danger pressant, la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige"*⁽⁵⁵⁾.

Il en est de même du code de déontologie des chirurgiens-dentistes, dont l'article 3-1 alinéa 2 dispose : *"Sauf circonstances exceptionnelles, il ne doit pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose"*⁽⁵⁶⁾.

On constate, cependant, que l'initiative du fait de ne pas donner des soins est systématiquement laissée au professionnel, compétent, par principe, du fait de sa qualification résultant du diplôme, pour délivrer les soins pertinents.

Un professionnel qui s'estime incompétent doit donc, suivant sa déontologie, s'empêcher de pratiquer. La question se pose, dès lors, de savoir ce qui se passe s'il n'en fait rien.

II.1.2 Une sanction disciplinaire

Les différents ordres professionnels des professions de santé disposent d'un pouvoir de répression disciplinaire quant à la violation, par leurs membres, des règles professionnelles.

Il est certain, dans ce cadre, que la violation de règles déontologiques peut servir de fondement à la répression disciplinaire. Ainsi, les articles 1er des codes de déontologie médicale, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, prévoient que *"les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre"*. De même, l'article 1er du code de déontologie pharmaceutique prévoit que *"les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre, sans préjudice des poursuites pénales qu'elles seraient susceptibles d'entraîner"*. Le Conseil d'Etat, juge de cassation des instances disciplinaires, se réfère, en outre, volontiers aux règles déontologiques dans son contrôle des fautes disciplinaires des professionnels de santé⁽⁵⁷⁾. La violation des règles déontologiques peut donc bien constituer la faute disciplinaire.

Dans ce contexte, on conçoit que la violation des règles déontologiques qui font référence à la compétence des professionnels puisse faire l'objet de sanctions disciplinaires. Une intervention professionnelle non fondée sur une compétence effective peut donc toujours, sauf urgence, entraîner le prononcé d'une sanction disciplinaire par les juridictions professionnelles.

L'incompétence peut également être prise en compte par l'autorité administrative.

II.2 LA PRISE EN COMPTE DE L'INCOMPÉTENCE DU PROFESSIONNEL PAR L'AUTORITÉ ADMINISTRATIVE

La suspension de l'activité d'un membre des "professions médicales" pour "motif thérapeutique", est, traditionnellement, de la compétence des ordres professionnels. C'est ainsi que l'article L. 4124-11 du code de la santé publique prévoit que : *"Le conseil régional ou interrégional, placé sous le contrôle du conseil national, (...) peut décider la suspension temporaire du droit d'exercer en cas d'infirmité du professionnel ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de sa profession. Ses décisions doivent être motivées"*⁽⁵⁸⁾. Cette possibilité est cependant récemment apparue insuffisante et a donné lieu à deux nouvelles dispositions, figurant dans la loi du 4 mars 2002. Le projet de loi estimait, en effet, qu'il convenait de prévoir la *"possibilité pour le préfet de prononcer une suspension immédiate d'exercice des membres des professions médicales, dans le cas où la poursuite de cet exercice exposerait les patients à un danger grave ; il s'agit d'une mesure conservatoire, d'une durée maximale de cinq mois, la décision de suspension temporaire ou définitive étant ensuite prise par l'instance ordinaire compétente ; actuellement la procédure devant les instances ordinaires est longue et ne permet pas une suspension immédiate, ce qui dans certains cas est préjudiciable à la sécurité des patients"*.

Dans cette perspective, le code de la santé publique contient, depuis cette loi, un article L. 4113-14, suivant lequel : *"En cas d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme expose ses patients à un danger grave, le représentant de l'Etat dans le département prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de cinq mois. Il entend l'intéressé au plus tard dans un délai de trois jours suivant la décision de suspension"*⁽⁵⁹⁾. L'article L. 4311-24 contient des règles similaires en ce qui concerne les infirmiers ou infirmière⁽⁶⁰⁾.

III. FAUTES PROFESSIONNELLES, COMPÉTENCE ET RESPONSABILITÉ

La responsabilité peut être appréhendée, d'un point de vue juridique, par le fait de devoir "rendre des comptes", du fait de ses actes ou de ses comportements. Dans ce contexte, on peut opposer, au sein du système de droit français, deux types de responsabilité : les responsabilités à visée indemnitaire et les responsabilités à visée sanctionnatrice. Les premières, responsabilités civile et administrative, ont pour fonction la compensation de préjudice subi par une personne, soit du fait d'un autre particulier (responsabilité civile), soit du fait de l'exercice de prérogatives de puissance publique (responsabilité administrative). Les responsabilités sanctionnatrices, responsabilité pénale et disciplinaire visent, quant à elles, à compenser symboliquement, au moyen d'une peine, la violation de valeurs fortes d'un groupe particulier, ensemble de la société en ce qui concerne la responsabilité pénale, groupe professionnel, sportif, entreprise, administration en ce qui concerne la responsabilité disciplinaire.

Dans ce contexte, les différents systèmes de responsabilité retiennent systématiquement la condition de la "faute" pour engager la responsabilité des professionnels de santé. Cette condition est même, en ce qui concerne les responsabilités à visée indemnitaire, inscrite dans la loi, depuis le 4 mars 2002. L'article L. 1142-1 du code de la santé publique prévoit, en effet, que *"les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute"*. Cette règle légale n'est, en fait que la reprise des solutions jurisprudentielles antérieures, adoptées tant par la Cour de Cassation que par le Conseil d'Etat⁽⁶¹⁾. Il en est de même en matière pénale, puisque cette responsabilité ne saurait être engagée sans qu'un agent ait commis une infraction, soit intentionnellement, soit par indifférence au sort d'autrui, par maladresse négligence etc...

Une telle construction laisse cependant intacte la question de la définition de la faute. D'un point de vue général, on peut définir cette dernière comme un écart par rapport à une norme préexistante. Le problème se déplace alors, la question devenant celle de la norme pertinente pour évaluer la faute.

Dans cette perspective, la Cour de Cassation affirme traditionnellement, en ce qui concerne la responsabilité civile, *"qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat, comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade (...), du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, ainsi que paraît l'énoncer le moyen du pourvoi, mais consciencieux, attentifs, et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle"*. La faute est donc constituée par le fait de ne pas délivrer au patient des soins *"consciencieux, attentifs, et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science"*, formule reprise dans le code de déontologie médicale⁽⁶²⁾. Analysant la manière dont les juges déterminent l'existence de la faute, un auteur a ainsi pu écrire que *"la détermination de son contenu renvoie aux règles de l'art et donc aux pratiques considérées comme habituelles et pertinentes dans le domaine médical considéré. S'il existe un aspect technique dans l'appréciation de la faute contractuelle du médecin, il se situe à ce niveau, d'où l'importance du rôle des experts, des recommandations des sociétés savantes, des conférences de consensus. Ce sont des références qui permettent de dire ce qu'on est en droit d'exiger d'un médecin et par là même de se prononcer sur l'existence éventuelle d'une faute contractuelle"*⁽⁶³⁾.

Il en est de même en ce qui concerne le Conseil d'Etat, qui ne retient, depuis 1992, la responsabilité d'un médecin qu'en cas de "faute médicale".

Dans ce contexte, le fait de donner des soins à un patient en n'étant pas compétent constitue la faute civile ou administrative, puisque les soins ne peuvent être considérés comme "conscientieux".

Le même raisonnement peut être tenu en ce qui concerne la matière pénale. Un professionnel qui, dans le cadre de son activité, porte atteinte, même involontairement, à l'intégrité physique d'autrui, est, en effet, pénalement responsable, sur le fondement d'un homicide ou de violences involontaires. La question qui se pose alors est celle des critères qui peuvent être retenus pour qualifier la faute du professionnel. La réponse à cette question se trouve dans l'article 121-3 alinéa 3 du code pénal qui dispose, depuis une loi du 11 juillet 2000 : *"Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait"*. Dans ce contexte, la seconde partie de l'article est tout à fait primordiale, puisqu'elle permet de connaître les éléments de fait sur lesquels le juge doit s'appuyer pour qualifier la faute. On constate ainsi que, pour être condamné, le professionnel poursuivi doit s'être abstenu d'avoir "accompli les diligences normales" dans l'activité considérée. La référence à cette normalité renvoie, bien évidemment, à ce qui doit habituellement se faire dans le milieu - ici, la profession - considéré. Cette "normalité" inclut, bien entendu, les normes légales, puisqu'un professionnel commet une faute en cas de "manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement". Soulignons, cependant, que l'appréciation de la faute doit s'effectuer en fonction du contexte. L'article 121-3 dispose, en effet, faisant référence à la situation des personnes poursuivies, qu'il doit être tenu compte *"le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait"*. Cette précision est évidemment fondamentale dans le cadre de ces développements, puisqu'on peut constater que l'article 121-3 fait bien référence aux "compétences" de la personne poursuivie. Autrement dit, le fait de délivrer des soins en n'étant pas compétent constitue, s'il entraîne un préjudice pour le patient, une infraction pénale.

On conçoit donc, à l'issue de ces développements relatifs aux responsabilités professionnelles, que la question de la compétence importe dans l'intérêt même des professionnels, qui mettent leurs responsabilités en jeu s'ils n'y sont pas attentifs

CONCLUSION

LA PLACE DE LA COMPÉTENCE DANS UN SYSTÈME ORGANISÉ EN RÉFÉRENCE À LA QUALIFICATION

La qualification, pierre angulaire de l'organisation juridique des professions de santé, permet de fixer les bornes du licite et de l'illicite dans l'intervention de professionnels sur le corps d'autrui, mais ne fait que postuler la capacité réelle des professionnels à intervenir pertinemment. Cette analyse est validée, en creux, par les mécanismes qui prévoient des limites à l'intervention des professionnels lorsque leur compétence ou leurs connaissances ne leur permettent pas d'intervenir (décision du professionnel ou de l'autorité administrative), ou par ceux qui permettent d'engager la responsabilité de professionnels ayant fait preuve d'incompétence.

Toutefois, si le droit organise indubitablement des espaces de contraintes, il ouvre également un certain nombre d'espaces de liberté dans lesquels les acteurs sociaux sont libres d'organiser leur activité. On peut donc imaginer, en respectant les bornes et les normes liées à un système construit à partir des qualifications professionnelles, que les interventions effectives des professionnels s'organisent également en fonction de leurs compétences. Par exemple, la possibilité, pour des auxiliaires médicaux, d'effectuer tel type d'acte sous surveillance d'un médecin, ne dit rien de l'articulation des interventions effectives du médecin et de son auxiliaire en ce qui concerne tel ou tel acte particulier. De même, la possibilité, pour une infirmière, d'être assistée par des aides-soignants ne dit rien de l'organisation effective de cette collaboration. De manière similaire, la possibilité, pour les médecins, d'effectuer l'ensemble des actes qui relèvent de leur profession n'empêche nullement que la prise en charge d'un patient comporte un certain nombre d'étapes renvoyant à la compétence effective des différents professionnels. C'est, d'ailleurs, ce qu'atteste implicitement l'existence des spécialités médicales.

Cette liberté ne permet néanmoins jamais à des professionnels de s'exonérer des contraintes légales. Ainsi, *"toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie"* reste, d'après l'arrêté du 6 janvier 1962, de la seule compétence des médecins. Dans cette perspective, une personne compétente pour intervenir pertinemment dans l'un de ces domaines, mais qui ne serait pas titulaire d'une habilitation à exercer la médecine commettrait, si elle adoptait les comportements décrits, un exercice illégal de la médecine, et ce même si elle le faisait sous contrôle d'un médecin, et même si elle appartenait à une autre profession de santé. De manière comparable, une infirmière ne pourra jamais confier à une aide-soignante que "les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie", qui relèvent de son rôle propre, et ce dans "les limites de la qualification reconnue" aux aides des infirmiers et infirmières "du fait de leur formation"⁽⁶⁴⁾. Dans cette perspective, la construction du système entraîne la conséquence selon laquelle un professionnel ne saurait intervenir dans le champ d'une autre profession, et encore moins changer de profession, sauf par l'acquisition des diplômes requis, mais jamais en fonction de ses "acquis professionnels".

La logique de la compétence ne se retrouve, en fait, que dans un certain nombre de mécanismes secondaires ou dérivés. Il en est ainsi de la formation professionnelle continue, même si les dispositions en vigueur montrent que la compétence est souvent réduite, dans ce contexte, à l'actualisation des connaissances acquises dans le cadre de la formation initiale du professionnel⁽⁶⁵⁾. Il en est de même des mécanismes de responsabilité, leur importance sur l'organisation des activités professionnelles demeurant limitée en ce qu'il ne permettent que d'intervenir ex post, pour éventuellement régler les conséquences d'une incompétence, et qu'ils ne permettent pas de postuler que les professionnels régleront leurs comportements en fonction des conséquences possibles de leurs actions en termes de responsabilité professionnelle.

Nous avons envisagé, dans cette subdivision, la prise en compte de l'incompétence d'un professionnel par un certain nombre d'acteurs. La question peut également se poser dans le cadre de l'examen de la responsabilité d'un professionnel.

1.

Livre 2, titre 2, chapitre 2 du code pénal, et notamment section 1 "des atteintes volontaires à l'intégrité de la personne", principalement paragraphe 2 "des violences", articles 222-7 à 222-16-1.

2.

Article 222-7 : Les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner sont punies de quinze ans de réclusion criminelle. Article 222-9 : Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende.

Article 222-11 : Les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

3.

Article 122-4 : N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires. / N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte commandé par l'autorité légitime, sauf si cet acte est manifestement illégal.

4.

Cependant, pour la disparition de ce critère en 1999, cf. infra, 7.

5.

Cf. annexe 1.

6.

Il débute, en outre, par un livre préliminaire (ajouté par la loi n°2000-1257, du 23 décembre 2000) consacré à l'information des professionnels de santé est composé d'un chapitre unique relatif au fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique

7.

Article L. 4111-1 du code de la santé publique : Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il n'est : 1°) Titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ; 2°) De nationalité française, de citoyenneté andorranne ou ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées au présent chapitre, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés au présent chapitre ; 3°) Inscrit à un tableau de l'ordre des médecins, à un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'ordre des sages-femmes, sous réserve des dispositions des articles L. 4112-6 et L. 4112-7.

8.

Soulignons, à cet égard, un élément de compétence professionnelle : la maîtrise de la langue. Selon l'article L. 4112-2 du code de la santé publique, en effet, "Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme qui demande son inscription au tableau prévu à l'article L. 4112-1 doit faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française. / Lorsque cette preuve ne résulte pas du dossier accompagnant la demande d'inscription, la vérification est faite par le médecin inspecteur départemental de santé publique. Une nouvelle vérification peut être faite à la demande de l'intéressé par le médecin inspecteur régional de santé publique"

9.

Article L. 4161-1 du code de la santé publique : Exerce illégalement la médecine : 1°) Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-6, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ; 2°) Toute personne qui se livre aux activités définies au 1° ci-dessus sans satisfaire à la condition posée au 2° de l'article L. 4111-1 compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celle-ci par le présent livre et notamment par les articles L. 4111-6 et L. 4111-7 ; 3°) Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées aux 1° et 2°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ; 4°) Toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite à un tableau de l'ordre des médecins institué conformément au chapitre II du titre Ier du présent livre ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article L. 4124-6 à l'exception des personnes mentionnées aux articles L. 4112-6 et L. 4112-7 ; 5°) Tout médecin mentionné à l'article L. 4112-7 qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article. / Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret.

10.

Article 121-6 : Sera puni comme auteur le complice de l'infraction, au sens de l'article 121-7.

Article 121-7 : Est complice d'un crime ou d'un délit la personne qui sciemment, par aide ou assistance, en a facilité la préparation ou la consommation. / Est également complice la personne qui par don, promesse, menace, ordre, abus d'autorité ou de pouvoir aura provoqué à une infraction ou donné des instructions pour la commettre.

11.

Le second alinéa prévoit, quant à lui, un certain nombre d'exception à la réalisation de l'infraction.

12.

L'article L. 4161-5 prévoit, à titre de sanctions : L'exercice illégal de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 d'amende. / Dans tous les cas, la confiscation du matériel ayant permis l'exercice illégal peut être prononcée. L'article L. 4161-6 prévoit, en outre : "Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal des infractions prévues à l'article L. 4161-5. / Les peines encourues par les personnes morales sont : 1°) L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal ; 2°) Les peines mentionnées aux 2° à 9° de l'article 131-39 du code pénal. L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 du code pénal porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

13.

Cf. Annexe 2.

14.

Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994.

15.

D. Thouvenin, Les lois n°94-548 du 1er juillet 1994, n°94-653 et 64-654 du 29 juillet 1994 ou comment construire un droit de la bioéthique, Actualités Législatives Dalloz, 1995, 149-216.

16.

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, en vigueur le 1er janvier 2000.

17.

Décret n°95-1000, portant code de déontologie médicale. Rappelons que ce code constitue bien un ensemble de règles juridique. Les modalités de sa production résultent de l'article L. 4127-1 du code de la santé publique, qui dispose : Un code de déontologie, propre à chacune des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, préparé par le conseil national de l'ordre intéressé, est édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'Etat.

18.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, "relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé".

19.

Le texte complet de l'article L. 4133-1 est le suivant : La formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique./ Elle constitue une obligation pour tout médecin tenu pour exercer sa pratique de s'inscrire à l'ordre des médecins en vertu des dispositions du 3° de l'article L. 4111-1. L'obligation de formation peut être satisfaite, au choix du médecin, soit en participant à des actions de formation agréées, soit en se soumettant à une procédure adaptée d'évaluation des connaissances réalisée par un organisme agréé, soit en présentant oralement au conseil régional un dossier répondant à l'obligation mentionnée au présent article. Le respect de l'obligation fait l'objet d'une validation. La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires. / Peut obtenir un agrément toute personne morale de droit public ou privé, à caractère lucratif ou non, dès lors qu'elle répond aux critères fixés par les conseils nationaux mentionnés à l'article L. 4133-2".

20.

Le texte complet de l'article est le suivant : article L. 4121-2 : "L'ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes veillent 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, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1". / Ils assurent la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale, de la profession de chirurgien-dentiste ou de celle de sage-femme. / Ils peuvent organiser toutes oeuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droit. Ils accomplissent leur mission par l'intermédiaire des conseils départementaux, des conseils régionaux ou interrégionaux et du conseil national de l'ordre.

21.

Cf. infra, 28.

22.

Le texte complet de l'article L. 4161-2 est le suivant : "Exerce illégalement l'art dentaire : 1°) Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un praticien, à la pratique de l'art dentaire, par consultation, acte personnel ou tous autres procédés, quels qu'ils soient, notamment prothétiques ; - sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4141-3 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin ou de chirurgien-dentiste, alors qu'elle n'est pas régulièrement dispensée de la possession de l'un de ces diplômes, certificats ou titres par application du présent livre ; - ou sans remplir les autres conditions fixées à l'article L. 4111-1, compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celles-ci, notamment par son article L. 4111-6, ainsi que par l'article 8 de la loi n° 71-1026 du 24 décembre 1971 modifiant le code de la santé publique ; 2°) Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées au 1°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ; 3°) Tout médecin, tout chirurgien-dentiste qui exerce l'art dentaire tel qu'il est défini à l'article L. 4141-1 pendant la durée d'une peine d'interdiction temporaire prononcée en application de l'article L. 4124-6 ; 4°) Tout médecin ou tout praticien de l'art dentaire mentionné à l'article L. 4112-7 qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues à cet article. : Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en art dentaire mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4141-4".

23.

Ces dispositions sont, en outre, précisées par l'article 18 du décret n° 91-779 du 8 août 1991, portant code de déontologie des sages-femmes, qui dispose, dans son article 18 : "Pour l'application des dispositions de l'article L. 374 du code de la santé publique, la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment : 1°) L'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse ; 2°) La surveillance électronique, pendant la grossesse et au cours du travail, de l'état du fœtus in utero et de la contraction utérine ; 3°) Le prélèvement de sang foetal par scarification cutanée et la mesure du pH du sang foetal ; 4°) La surveillance des dispositifs intra-utérins ; 5°) La rééducation périnéo-sphinctérienne d'une incontinence liée aux conséquences directes de l'accouchement ; 6°) L'anesthésie locale au cours de la pratique de l'accouchement. / En présence d'un médecin responsable pouvant intervenir à tout moment, la sage-femme peut participer à la technique d'anesthésie loco-régionale pratiquée lors de l'accouchement, à l'exclusion de la période d'expulsion, à condition que la première injection soit effectuée par un médecin, la sage-femme ne pouvant pratiquer les injections suivantes que par la voie du dispositif mis en place par le médecin. La sage-femme est habilitée à prescrire et à pratiquer la vaccination antirubéolique. / Il est interdit à la sage-femme de pratiquer toute intervention instrumentale, à l'exception de l'amnioscopie dans la dernière semaine de la grossesse, de l'épisiotomie, de la réfection de l'épisiotomie non compliquée et de la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée"

24.

Le texte complet de l'article est le suivant : L. 4161-3 : Exerce illégalement la profession de sage-femme : 1°) Toute personne qui pratique habituellement les actes mentionnés à l'article L. 4151-1 sans remplir les conditions exigées par le présent livre pour l'exercice de la profession de médecin ou de sage-femme, notamment par les articles L. 4111-1, L. 4111-3, L. 4111-6, L. 4111-7 et L. 4151-5 ; 2°) Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées au 1°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ; 3°) Tout médecin ou sage-femme qui pratique les actes susmentionnés pendant la durée d'une peine d'interdiction temporaire prononcée en application de l'article L. 4124-6 ; 4°) Tout médecin ou sage-femme mentionné à l'article L. 4112-7, qui exécute les actes énumérés sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article.

25. Décret n° 67-671 du 22 juillet 1967, portant code de déontologie des chirurgiens-dentistes et remplaçant le règlement d'administration publique n°48-27 du 3 janvier 1948.
26. Décret n° 91-779 du 8 août 1991, portant code de déontologie des sages-femmes.
27. Cf. article L. 4112-2 du code de la santé publique, note n°8.
28. Cf. supra, page 12.
29. Le texte complet de l'article est le suivant : L. 42231 : Le fait de se livrer à des opérations réservées aux pharmaciens, sans réunir les conditions exigées pour l'exercice de la pharmacie, est puni d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende. / Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal de l'infraction définie au présent article. / Les peines encourues par les personnes morales sont : 1°) L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal ; 2°) Les peines mentionnées aux 2° à 9° de l'article 131-39 du même code. L'interdiction mentionnée au 2° dudit article 131-39 porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise
30. Le texte complet de l'article L. 4211-1 est le suivant : Sont réservées aux pharmaciens, sauf les dérogations prévues aux articles du présent code : 1°) La préparation des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine ; 2°) La préparation des objets de pansements et de tous articles présentés comme conformes à la pharmacopée, la préparation des insecticides et acaricides destinés à être appliqués sur l'homme, la préparation des produits destinés à l'entretien ou l'application des lentilles oculaires de contact ; 3°) La préparation des générateurs, trousseaux ou précurseurs mentionnés à l'article L. 5121-1 ; 4°) La vente en gros, la vente au détail et toute dispensation au public des médicaments, produits et objets mentionnés aux 1°, 2° et 3° ; 5°) La vente des plantes médicinales inscrites à la pharmacopée sous réserve des dérogations établies par décret ; 6°) La vente au détail et toute dispensation au public des huiles essentielles dont la liste est fixée par décret ainsi que de leurs dilutions et préparations ne constituant ni des produits cosmétiques, ni des produits à usage ménager, ni des denrées ou boissons alimentaires ; 7°) La vente au détail et toute dispensation au public des aliments lactés diététiques pour nourrissons et des aliments de régime destinés aux enfants du premier âge, c'est-à-dire de moins de quatre mois, dont les caractéristiques sont fixées par arrêté des ministres chargés de la consommation et de la santé ; 8°) La vente au détail et toute dispensation de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro destinés à être utilisés par le public. La fabrication et la vente en gros des drogues simples et des substances chimiques destinées à la pharmacie sont libres à condition que ces produits ne soient jamais délivrés directement aux consommateurs pour l'usage pharmaceutique et sous réserve des règlements particuliers concernant certains d'entre eux.
31. Article R. 5015-11 du code de la santé publique.
32. Le texte complet de l'article L. 4231-1 est le suivant : "L'ordre national des pharmaciens a pour objet : 1°) D'assurer le respect des devoirs professionnels ; 2°) D'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession ; 3°) De veiller à la compétence des pharmaciens. L'ordre national des pharmaciens groupe les pharmaciens exerçant leur art en France".
33. Le texte ajoute que "Leur responsabilité pénale demeure engagée".
34. Le texte complet de l'article L. 4321-1 est le suivant : La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale. La définition du massage et de la gymnastique médicale est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine. Le décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute précise ; Article 1er. : La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques; article 3. - On entend par massage toute manoeuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus; article 4. - On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapeutiques.
35. Le texte ajoute : "Sur ordonnance et sous contrôle médical, les pédicures-podologues peuvent traiter les cas pathologiques de leur domaine de compétence".
36. Le texte précise, dans un second alinéa, que "Les orthophonistes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale".
37. Le texte ajoute, dans son second alinéa, que "Les orthoptistes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale".
38. Le texte ajoute, en outre, dans son troisième alinéa : "La délivrance de chaque appareil de prothèse auditive est soumise à la prescription médicale préalable et obligatoire du port d'un appareil, après examen otologique et audiométrique tonal et vocal".
39. Le texte précise, dans son second alinéa, que "Les ergothérapeutes exercent leur art sur prescription médicale".
40. Le second alinéa de l'article dispose : "Les psychomotriciens exercent leur art sur prescription médicale".
41. Une fois encore, le second alinéa précise : "Les manipulateurs d'électroradiologie médicale exercent leur art sur prescription médicale".
42. Le texte complet de l'article est le suivant : "L'article L. 4362-1 décide, ainsi, que "Peuvent exercer la profession d'opticien-lunetier détaillant les personnes pourvues de diplômes, certificats ou titres mentionnés aux articles L. 4362-2 et L. 4362-3 et inscrites sur une liste dressée par le représentant de l'Etat dans le département de sa résidence professionnelle qui enregistre leur diplôme, certificat, titre ou autorisation. Tout changement de résidence professionnelle hors des limites du département oblige à une nouvelle inscription et à la radiation de l'ancienne. Un opticien-lunetier ne peut être inscrit que dans un seul département".

43.

Les articles suivants précisent : article L4371-2 : Le diplôme, certificat ou titre mentionné à l'article L. 4371-1 sanctionne une formation technique de diététique et figure sur une liste établie par décret. / S'il s'agit d'un diplôme étranger, il doit conférer à son titulaire une qualification reconnue analogue, selon des modalités fixées par décret; Article L. 4371-3 : Peuvent être autorisées à faire usage du titre de diététicien les personnes qui satisfont à l'une des deux conditions - occuper un emploi permanent de diététicien en qualité de fonctionnaire ou d'agent public à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social ; - faire l'objet, sur leur demande, d'une décision administrative reconnaissant qu'elles remplissent, à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 précitée, les conditions de formation ou d'expérience professionnelle leur conférant une qualification analogue à celle des titulaires des documents mentionnés à l'article L. 4371-1. / Les conditions de formation ou d'expérience professionnelle à remplir et les modalités de la décision administrative sont déterminées par décret.

44.

Article L. 4321-2 : Peuvent exercer la profession de masseur-kinésithérapeute les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionné aux articles L. 4321-3 et L. 4321-4 ou titulaires des autorisations mentionnées aux articles L. 4321-5 à L. 4321-7.

Article L. 4322-3 : Le diplôme d'Etat de pédicure-podologue est délivré après des études préparatoires et des épreuves dont la durée et le programme sont fixés par décret.

Article L. 4331-3 : Le diplôme mentionné à l'article L. 4331-2 est le diplôme d'Etat français d'ergothérapeute.

Article L. 4332-3 : Le diplôme mentionné à l'article L. 4332-2 est le diplôme d'Etat français de psychomotricien.

Article L. 4341-3 : Les diplômes, certificats ou titres mentionnés à l'article L. 4341-2 sont le certificat de capacité d'orthophoniste établi par les ministres chargés de l'éducation et de la santé, ou l'un des diplômes ou attestations d'études d'orthophonie établis par le ministre chargé de l'éducation antérieurement à la création dudit certificat (...)

Article L. 4342-3 : Le certificat mentionné à l'article L. 4342-2 est le certificat de capacité d'orthoptiste institué par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Article L. 4351-3 : Les diplômes mentionnés à l'article L. 4351-2 sont le diplôme d'Etat français de manipulateur d'électroradiologie médicale ou le diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique.

Article L. 4361-3 : Les diplômes, certificats ou titres mentionnés à l'article L. 4361-2 sont le diplôme d'Etat d'audioprothésiste délivré après des études préparatoires et des épreuves dont le programme est fixé par décret ou tout autre diplôme, certificat ou titre permettant l'exercice de la médecine en France.

Article L. 4362-2 : Les diplômes et certificats ou titres mentionnés à l'article L. 4362-1 sont le brevet de technicien supérieur opticien-lunetier et le brevet professionnel d'opticien-lunetier, ainsi que tout autre titre désigné par arrêté des ministres chargés du commerce, de l'économie et des finances, de l'enseignement supérieur et de la santé.

45.

Cf. annexe 2.

46.

Cf. supra, 6.

47.

Cf. annexe 3.

48.

Cf. annexe 4.

49.

Les articles 10, 11 et 12, sont consacrées, respectivement, aux techniques réservées à l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat, à l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et à se effectués en priorité par l'infirmier titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire.

50.

Décret n° 93-221 du 16 février 1993, relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Ce décret, du fait de ses objets et de son contenu, est assimilé aux codes de déontologie des autres professions de santé, malgré sa dénomination.

51.

Cf. annexe 4.

52.

La partie de l'annexe consacrée aux objectifs de la formation de l'auxiliaire de puériculture reprend les mêmes formules.

53.

Le texte complet de l'article 47 et le suivant : Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

54.

On peut cependant se demander si l'opposition entre les connaissances des médecins et la compétence des sages-femmes ne recouvre pas la manière dont les professions sont socialement pensées, la profession médicales scientifiquement fondée et l'activité de la sage-femme née de la pratique.

55.

Le premier alinéa de l'article dispose : Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né.

56.

Son premier alinéa dispose, quant à lui : Le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la sécurité des patients. Il doit notamment prendre, et faire prendre par ses adjoints ou assistants, toutes dispositions propres à éviter la transmission de quelque pathologie que ce soit.

57.

Cf. J. Moret-Bailly, Les Les déontologies, P.U.A.M., 2001, 173-193.

58.

Le texte complet de l'article suivant : article L. 4124-11 : "Le conseil régional ou interrégional, placé sous le contrôle du conseil national, assure notamment les fonctions de représentation de la profession dans la région et de coordination des conseils départementaux. Il exerce, par ailleurs, dans les régions ou les interrégions, les attributions mentionnées à l'article L. 4112-4. Il peut décider la suspension temporaire du droit d'exercer en cas d'infirmité du professionnel ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de sa profession. Ses décisions doivent être motivées. Dans les régions constituées d'un seul département, la fonction de représentation de la profession dans la région est assurée par le conseil départemental. Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition du conseil, les modalités d'élection de ses membres et les règles de fonctionnement et de procédure qu'il devra respecter

59.

Le texte complet de l'article L. 4113-14 est le suivant : En cas d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme expose ses patients à un danger grave, le représentant de l'Etat dans le département prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de cinq mois. Il entend l'intéressé au plus tard dans un délai de trois jours suivant la décision de suspension. Il informe immédiatement de sa décision le président du conseil départemental compétent, qui saisit sans délai le conseil régional ou interrégional lorsque le danger est lié à une infirmité ou un état pathologique du professionnel, ou la chambre disciplinaire de première instance dans les autres cas. Le conseil régional ou interrégional ou la chambre disciplinaire de première instance statue dans un délai de deux mois à compter de sa saisine. En l'absence de décision dans ce délai, l'affaire est portée devant le Conseil national ou la Chambre disciplinaire nationale, qui statue dans un délai de deux mois. A défaut de décision dans ce délai, la mesure de suspension prend fin automatiquement. Le représentant de l'Etat dans le département informe également les organismes d'assurance maladie dont dépend le professionnel concerné par sa décision. Le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à la suspension qu'il a prononcée lorsqu'il constate la cessation du danger. Il en informe le conseil départemental et le conseil régional ou interrégional compétents et, le cas échéant, la chambre disciplinaire compétente, ainsi que les organismes d'assurance maladie. Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme dont le droit d'exercer a été suspendu selon la procédure prévue au présent article peut exercer un recours contre la décision du représentant de l'Etat dans le département devant le tribunal administratif, qui statue en référé dans un délai de quarante-huit heures. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. Le présent article n'est pas applicable aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes qui relèvent des dispositions de la loi n°72-662 du 13 juillet 1972 portant statut général des militaires.

60.

L. 4311-24 : Lorsqu'un infirmier ou une infirmière est atteint d'une infirmité ou se trouve dans un état pathologique qui rend dangereuse la poursuite de l'exercice de la profession, le tribunal de grande instance, prononce la suspension du droit d'exercer cette profession. Il prescrit en même temps les mesures de publicité qu'il juge utiles. / Le tribunal de grande instance est saisi par le ministre chargé de la santé, par le procureur de la République, par le médecin inspecteur régional de santé publique ou par le représentant de l'Etat dans le département.

L'article L. 4311-18 prévoit, en outre, à propos de l'inscription de ces professionnels sur une liste départementale établis en préfecture : "S'il apparaît que le demandeur est atteint d'une infirmité ou se trouve dans un état pathologique qui rend dangereux l'exercice de sa profession, le représentant de l'Etat dans le département refuse l'inscription sur la liste".

61.

Cf., par exemple, D. Thouvenin, La responsabilité médicale, Flammarion, 1995.

62.

Article 32 : Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande. Le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

63.

Idem, 100.

64.

Cf. supra, 25.

65.

Cf. supra, 10.

Le rapport d'enquête publique concernant les enfants opérés du cœur à l'Infirmierie Royale de Bristol (UK)

*Synthèse et rapport élaborés par le Docteur Hervé Maisonneuve
Professeur associé de Santé Publique, Université Paris VII,
groupe hospitalier Lariboisière AP-HP.*

Le site internet www.bristol-inquiry.org.uk donne accès à un rapport de 540 pages, et à toutes les données (rapport, annexes, 900 000 pages de documents reçus, les dossiers de 1800 enfants, les témoignages et auditions de 577 personnes dont 238 parents). Cette enquête conduite par le Pr Ian Kennedy, University College London, spécialisé en droit médical, éthique, et santé publique, décrit ce qui s'est passé dans le service de chirurgie pédiatrique de Bristol de 1984 à 1995. La commission d'enquête n'a pas cherché à juger, voire accuser, tant les faits ont eu des causes multiples. Le rapport a été présenté au parlement avec le titre "*Learning from Bristol*".

Les soins de chirurgie cardiaque pédiatrique (chirurgie à cœur ouvert) n'étaient pas toujours appropriés. Entre 1988 et 1994, les taux de mortalité en chirurgie cardiaque pédiatrique étaient à peu près doubles des taux observés en Angleterre pour 5 de ces 7 années qui ont été observées. Les taux de mortalité n'ont pas diminué au cours du temps, comme observé dans les autres centres. Par exemple, le rapport annuel de Bristol de 1989/90 citait un taux de mortalité de 37,5 % pour le service de chirurgie cardiaque pédiatrique de Bristol pour les enfants de moins de un an. Le taux du Royaume-Uni était de 18,8 %. Les analyses statistiques des experts ont montré qu'il y avait un nombre excessif de morts, estimé entre 30 et 35 enfants de moins de un an entre 1991 et 1995. Il existe des preuves montrant des pratiques déviantes à Bristol. Il ne semble pas que l'on puisse expliquer les événements observés par le manque de ressources dans ce service, même si des difficultés existaient au niveau national. De nombreux commentaires, voire des "dénonciations" n'ont pas été pris en compte par la plupart des acteurs de cette tragédie.

Les faits observés ont été nombreux et sont détaillés dans les 20 premiers chapitres du rapport. Les principaux éléments qui ont été jugés non appropriés ont été regroupés en thèmes dans le rapport :

- ▶ le système et la culture du management : les discussions ouvertes et les revues des dossiers étaient difficiles ; personne n'était encouragé à évoquer ouvertement des problèmes ; une culture de "club" existait entre certains des principaux décideurs ; des principes d'optimisme, d'acceptation des courbes d'expérience, d'amélioration dans le temps étaient considérés comme normaux ;
- ▶ le service de chirurgie cardiaque pédiatrique : deux sites avec les cardiologues dans l'un et les chirurgiens dans l'autre ; un nombre insuffisant au niveau national de cardiologues pédiatres ; des enfants mélangés avec des adultes dans le même service ; des professionnels de santé, dont les chirurgiens, soignants en même temps des enfants et des adultes ;
- ▶ le monitoring de la qualité des soins : au niveau national, le système n'était pas clair, avec des confusions sur les responsabilités ; au niveau local, beaucoup d'informations étaient analysées mais les objectifs et responsabilités n'étaient pas explicites ;
- ▶ les avis des patients : ils étaient partagés avec des avis favorables pour certains parents et des critiques très sévères pour d'autres ; la communication avec les patients n'était pas bonne ; le consentement à la chirurgie était source de stress et ce n'était pas correctement fait ; il y avait une culture estimant que peu d'information devait être donnée aux parents.

La deuxième partie du rapport concerne le futur, avec les chapitres suivants :

- La culture du NHS (National Health Service)
- Le respect et l'honnêteté
- Un service de santé bien dirigé
- Des professionnels de santé compétents
- La sécurité des soins
- Des soins avec des standards appropriés
- L'engagement du public à travers son autorisation
- Les soins des enfants.

La commission d'enquête a proposé 198 recommandations dans ces domaines. Tous les points ci-dessus sont très largement développés avec des recommandations spécifiques et des messages spécifiques. Dans le domaine des compétences des professionnels de santé, un chapitre de 30 pages (chapitre 25, pages 321 à 350) reprend les principaux points issus de cette expérience. Il y a 49 recommandations (sur 198) spécifiques aux compétences. Nous avons traduit ci-dessous certains passages de ce rapport, concernant les domaines de la compétence des professionnels de santé.

1) LES "MESSAGES" DE BRISTOL

- ▶ Il n'était pas demandé aux médecins consultants hospitaliers de conserver leurs "capacités" et d'actualiser leurs connaissances ni de démontrer à quiconque, autrement que par des groupes de pairs, qu'ils restaient suffisamment compétents ;
- ▶ Les chirurgiens pouvaient introduire de nouvelles techniques, sans système formel de notification, ni démonstration de leur nécessaire niveau de compétence ;
- ▶ Les patients étaient pris en charge par des groupes de professionnels différents. La collaboration et le travail en équipes étaient très mal organisés ;
- ▶ L'affiliation de cliniciens dans des responsabilités de gestion était faite sur des bases de "séniorité" ou de rang dans la liste d'attente plutôt que sur la capacité de faire le travail ;
- ▶ Les cliniciens prenant des fonctions managériales n'ont pas reçu une formation formelle ou un soutien nécessaire ;
- ▶ Les capacités en communication des personnels de santé variaient grandement ;
- ▶ Les systèmes n'étaient pas capables d'assurer la compétence des professionnels de santé ;
- ▶ Des compétences pauvres et/ou en diminution n'étaient pas prises en charge de manière appropriée, avant qu'elles ne deviennent manifestement mauvaises.

2) REMARQUES

- ▶ Nous avons appris que ce qui a été observé en terme d'attitudes et de compétence n'était pas unique à l'affaire de Bristol, ni à notre période de référence ;
- ▶ Les compétences techniques sont nécessaires mais pas suffisantes ;
- ▶ Les personnels de santé sont définis dans ce rapport comme l'ensemble des professionnels de santé : directeurs, médecins, infirmiers et autres travailleurs dans le domaine de la santé.

3) LA COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE

- ▶ Quand nous évoquons la compétence professionnelle, nous pensons aux attentes des patients. Pour les patients, la compétence n'est pas négociable et il est choquant de penser que des professionnels puissent être incompetents ;
- ▶ La compétence professionnelle suppose des bases de formation initiale, suivies par des formations pratiques formelles pour acquérir le savoir et les capacités sur le lieu du travail ; la compétence repose sur une combinaison de formation, de développement continu, de confiance et d'expérience ;
- ▶ Acquérir et maintenir une compétence professionnelle engage une collaboration entre les individus, les institutions de formation, l'employeur et ceux qui définissent et suivent les standards de la compétence.

4) ELARGIR LA NOTION DE COMPÉTENCE

Clairement, les professionnels de santé doivent être techniquement compétents pour réaliser les tâches qu'ils sont supposés accomplir, mais la compétence technique n'est plus suffisante maintenant, à supposer que ce fût le cas autrefois. La leçon majeure de notre enquête est qu'il existe un nombre de capacités non techniques et non cliniques concernant les médecins, infirmières et gestionnaires, et qui sont très importantes dans les soins. Nous avons identifié 6 domaines clés qui, dans le passé, ont été négligés dans les formations théoriques et pratiques des professionnels de santé. Ces domaines sont :

- ▶ Les capacités à communiquer avec les patients et les collègues ;
- ▶ La formation sur les principes et l'organisation du NHS, comment les soins sont coordonnés et quelles capacités sont nécessaires pour le management ;
- ▶ Le développement du travail en équipe ;
- ▶ Partager l'apprentissage entre les différentes catégories de personnels ;
- ▶ Les pratiques d'audit clinique et de revues par les pairs (peer review) ;
- ▶ Le "leadership".

Ces 6 points sont détaillées très longuement dans le rapport

5) LE SYSTÈME POUR S'ASSURER DE LA COMPÉTENCE

Le parcours des professionnels de santé mérite attention pour s'assurer que les compétences sont maintenues. Ce point a des relations avec la régulation. Le système doit être adapté aux stades de la profession, comprendre des standards de compétence, savoir gérer les performances insuffisantes et les comportements déviants. Les points suivants sont détaillés :

- ▶ la sélection des futurs professionnels de santé ;
- ▶ la formation professionnelle continue ;
- ▶ le maintien de la compétence pendant la carrière ;
- ▶ le développement professionnel continu ;
- ▶ les évaluations ;
- ▶ la revalidation ;
- ▶ les "managers" ;
- ▶ les cliniciens en position de "managers" ;
- ▶ acquérir et développer de nouvelles capacités à un niveau approprié de compétence (supervision, ouverture d'esprit, prise en compte de l'innovation) ;
- ▶ actions disciplinaires.

La démarche de l'Institute of Medicine (Washington DC, USA) "Health Professions Education: a bridge to quality"

*Synthèse et rapport élaborés par le Docteur Hervé Maisonneuve
Professeur associé de Santé Publique, Université Paris VII,
groupe hospitalier Lariboisière AP-HP.*

1. En 1999 : Le rapport sur les erreurs humaines : "D'abord, ne pas nuire"⁽¹⁾

Il s'agissait de la première étape de cette démarche de qualité, avec une communication large au public. Ce rapport, basé sur des revues de littérature exhaustives, avait pour objectif de répondre aux questions suivantes :

- ▶ *Quelle est la fréquence des erreurs ?*
- ▶ *Quels sont les facteurs qui contribuent aux erreurs ?*
- ▶ *Quels sont les coûts des erreurs ?*
- ▶ *Est-ce que la perception du public de la sécurité des soins est consistante avec la réalité ?*

Ce rapport a étudié des sujets qui ne sont en général pas abordés dans le public et qui sont discutés derrière des "portes closes". Il y avait des raisons pour étudier les erreurs :

1. Les erreurs sont responsables d'un immense fardeau d'accidents, de douleur et de morts des patients ;
2. Les erreurs, qu'elles causent des accidents ou des risques d'accident, sont des événements pour lesquels tout le monde s'accorde pour dire qu'elles devraient être évitées ;
3. Les erreurs sont facilement comprises par le public américain ;
4. Il existe une connaissance importante et de nombreuses expériences réussies dans d'autres secteurs industriels qui peuvent aider à prendre en charge les questions de sécurité dans l'industrie de la santé ;
5. Le système de santé évolue très vite et se transforme de façon substantielle, ce qui introduit des améliorations et de nouveaux dangers.

Ce rapport a amené à la diffusion dans le public de nombreuses données, et à une certaine prise de conscience. Aux Etats-Unis, les erreurs médicales (étudiées essentiellement dans des milieux hospitaliers) sont parmi les premières causes de mortalité. Elles causent plus de morts que les accidents de la route, le cancer du sein ou le SIDA.

2. En 2001 : le rapport sur la qualité des soins : "Traverser l'abîme de la qualité" (2)

Extraits du résumé de ce rapport (2^e paragraphe): "Les Américains devraient savoir s'ils reçoivent des soins qui correspondent à leurs besoins et si ces soins sont basés sur la meilleure connaissance scientifique. Il existe des évidences fortes pour affirmer que fréquemment ce n'est pas réalisé. Les problèmes de qualité sont partout et atteignent de nombreux patients. ...Entre les soins que nous avons et les soins que nous devrions avoir, il n'y a pas un trou mais un abîme."

Le groupe de travail n'a pas constaté un trou (gap) mais un gouffre ou un abîme (chasm). Le groupe de travail s'est basé sur une analyse exhaustive de la littérature (annexe A du rapport de l'IOM). Des exemples de qualité des soins aux Etats-Unis ont été classés en 3 parties :

1. *Sous-utilisation : Est-ce que les patients reçoivent les soins qu'ils auraient dû recevoir ?*
2. *Sur-utilisation : Est-ce que les patients reçoivent des soins inappropriés ?*
3. *Mauvaise utilisation : Est-ce que les patients reçoivent des soins appropriés d'une façon qui peut causer des dommages ?*

Ces analyses ont montré l'existence de très larges différences entre les soins que les patients devraient recevoir et ceux qu'ils reçoivent. Le rapport contient des exemples simples sur la vaccination contre la grippe, la mauvaise utilisation des antibiotiques, les médicaments mal utilisés, des chirurgies inappropriées, la mauvaise surveillance des maladies chroniques, etc. Les solutions ne sont pas de dépenser obligatoirement plus d'argent, car une large part de mauvaise qualité est causée par des soins inappropriés.

Le comité a proposé 6 objectifs et 10 règles (voir recommandation 4 du rapport de l'IOM). Les 6 objectifs pour le système de santé du 21^e siècle sont :

1. **SAFE** : éviter les accidents car les patients espèrent avoir des soins pour les aider ;
2. **EFFECTIVE** : les soins sont basés sur un savoir scientifique, en évitant les sous-utilisations, les sur-utilisations des stratégies diagnostiques et thérapeutiques ;
3. **PATIENT-CENTERED** : les soins respectent les préférences, besoins, valeurs des patients qui guident les décisions cliniques
4. **TIMELY** : réduire les attentes, et parfois des délais qui causent des accidents, tant pour les patients que pour ceux qui donnent les soins ;
5. **EFFICIENT** : éviter les gaspillages, y compris les gaspillages de matériel, de fournitures, d'idées et d'énergies ;
6. **EQUITABLE** : les soins ne doivent pas varier en qualité selon les caractéristiques des patients (sexe, ethnie, résidence, et statut économique).

3. En avril 2003 : Le rapport sur la formation des professionnels de santé ⁽³⁾

Une réunion (juin 2002) de 150 experts représentant les professionnels de santé a identifié 5 stratégies pour améliorer la qualité des soins, et 5 compétences communes.

Il existe un besoin important de formation des professionnels de santé. La formation n'a pas suivi le rythme ou n'a pas été modifiée pour répondre aux souhaits et à la démographie des patients qui ont changé, aux attentes du système de santé qui ont changé, aux recommandations de pratiques qui évoluent, aux modifications des équipes de soins, aux nouvelles informations, au recentrage sur l'amélioration de la qualité et aux nouvelles technologies. Quand ils commencent à exercer, les professionnels doivent travailler dans des équipes interdisciplinaires, et souvent ils prennent en charge des affections chroniques, pour lesquelles ils n'ont pas été bien préparés.

Ce rapport a proposé une vision traduite en 5 compétences communes : **Tous les professionnels de santé devraient être formés pour donner des soins centrés sur les patients en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire, utilisant au mieux des pratiques fondées sur des preuves, sur les approches d'amélioration de la qualité et en utilisant les moyens informatiques.**

Les 5 compétences proposées sont :

1. Donner des soins centrés sur le patient
2. Travailler dans des équipes interdisciplinaires
3. Utiliser des pratiques fondées sur des preuves
4. Améliorer continuellement la qualité
5. Utiliser les moyens informatiques

Ces 5 compétences sont communes à tous les professionnels de santé mais ne sont en aucun cas une liste exhaustive. Il y a de nombreuses autres compétences que doivent avoir les professionnels de santé.

Les 5 stratégies interdisciplinaires proposées sont :

► **Définir un langage commun et des compétences communes aux professions de santé**

• *Vision : Entre les écoles de formation des professionnels de santé et les lieux de travail, il y a une définition partagée et acceptée des termes importants et des compétences communes pour former les professionnels de santé. Alors que les rôles des professionnels de santé varient à un niveau individuel en respectant chacune des compétences, ces définitions partagées dépassent les activités et permettent une communication entre les disciplines. Ils permettent aux groupes interdisciplinaires de définir et atteindre un consensus autour d'un ensemble commun de compétences pour l'éducation des professionnels de santé.*

► **Intégrer les compétences communes dans des processus de surveillance (accréditation, diplôme et certification)**

• *Vision : Il existe une cohérence dans l'approche et la coordination entre les organisations de surveillance des différentes professions de santé (comprenant les organismes d'accréditation, de "licensing" et de certification) résultant d'un accord sur un ensemble de compétences communes. Cette cohérence facilite une communication, une intégration et une synergie à l'intérieur et entre les organismes de surveillance et les professions. En conséquence, les programmes de formation sont évalués sur des résultats, et la compétence d'un clinicien est évaluée au début de son exercice professionnel, et à des intervalles réguliers pendant sa carrière.*

► **Motiver et supporter les leaders, et mesurer les progrès de l'effort global de réforme**

• *Vision* : Un groupe interdisciplinaire de leaders de formation (de l'environnement de l'exercice, et des lieux de formation initiale et continue, en incluant des étudiants) travaille pour créer une mission et une vision partagées pour la formation des professionnels de santé qui comprend, tout en étant bien plus large, les 5 compétences. Ce groupe, à l'esprit réformateur, mesure les progrès faits en intégrant les compétences dans la formation des professionnels de santé et diffuse un rapport régulier de l'avancement à destination des communautés élargies en charge de la formation et de la qualité. Ce groupe participe aussi à la formation au leadership des leaders d'enseignement, reconnaît et récompense les leaders qui contribuent significativement à la réforme de l'éducation, et mesurent continuellement les besoins changeant du savoir-faire des professionnels de santé.

► **Développer des programmes de formation fondés sur les preuves et enseigner les approches, car ils sont liés à l'ensemble commun des compétences**

• *Vision* : Des preuves nombreuses et facilement accessibles existent pour conforter la nécessité d'enseigner les 5 compétences aux étudiants des professions de santé et aux cliniciens, pour démontrer la relation forte entre ces compétences et l'amélioration des résultats de la qualité pour les patients. Ces preuves sont intégrées pour toutes les professions de santé grâce à des liens entre les banques de données spécifiques à chaque profession. En plus, ceux qui enseignent et supervisent les professionnels de santé (à la fois dans les centres académiques et par la formation continue) ont accès à des données prouvées et bien développées sur l'efficacité des méthodes d'enseignement et sur des banques de données de bonne pratique continuellement mises à jour.

► **Développer les enseignants pour en faire des experts en enseignement/apprentissage de l'ensemble commun des compétences**

• *Vision* : Des programmes de développement des enseignants existent à des niveaux régionaux et nationaux pour le développement des éducateurs des professionnels de santé, basé sur la vision partagée par tous et présentée dans ce rapport. Les programmes, dont la plupart sont interdisciplinaires, préparent les enseignants à diffuser les 5 compétences, en même temps qu'ils proposent d'adopter une approche de la formation fondée sur des preuves.

Pour chaque stratégie, des actions ont été proposées avec des propositions pour constituer des groupes de travail.

RÉFÉRENCES

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health Care System. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington DC. 2001.
2. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington DC. 2001.
3. Greiner AC, Knebel E, editors. Committee on the Health Professions Education Summit. Health Professions Education: A Bridge to Quality. Institute of Medicine of the National Academies. The National Academies Press. Washington DC. 2003.