

ACTUALITES PROFESSIONNELLES

Vendredi 10 juin 2005

Réglementation et responsabilité professionnelles

Florence ROSSI, Diététicienne cadre de santé,
Richard AGNETTI, Diététicien cadre supérieur de santé, Paris

La réglementation permet d'organiser la vie en société, en définissant les obligations, les espaces de contraintes mais également les zones de liberté des rapports sociaux. En effet un manque de réglementation pourrait engendrer le désordre et voire même la violence du fait du déploiement d'accords négociés et d'arrangements implicites dans les relations humaines.

Dans le domaine professionnel il en est de même, la réglementation guide le comportement des acteurs, conduit leurs actions en théorisant les activités et en développant le sens au travail. Du fait de cette assise juridique, les professionnels acquièrent de l'autonomie et de la légitimité pour optimiser la réalisation de leurs actes quotidiens.

Au-delà des règles juridiques générales émanant du monde du travail (Code du Travail) et de la législation en matière de santé publique (Code de la Santé Publique), la profession de diététicien est encadrée par quelques règles spécifiques. Notamment, en 1985, où une circulaire de la Direction des Hôpitaux indiqua les tâches que les diététiciens peuvent assurer dans les établissements hospitaliers. Puis, en 1986 une loi a permis d'insérer un titre Vbis, dans le Code de la Santé Publique (CSP), relatif à la profession du diététicien. Mais les trois articles législatifs ne concernent que le titre de « diététicien » et sa protection et sans définir l'exercice.

Pourtant une réglementation adaptée permettrait de sécuriser l'exercice professionnel en délimitant ses contours, à l'aide d'une définition de la profession dans le code de la santé publique et d'un décret décrivant les actes ou activités exécutés par les diététiciens, quel que soit son champ d'exercice.

Aujourd'hui, même si la réglementation spécifique est faible, le contexte réglementaire général est de plus en plus prégnant dans nos exercices professionnels. Les attendus des clients (institution, état, patient, consommateur) sont importants vis à vis de la qualité de la prestation fournie, que ce soit le soin diététique prodigué, l'information nutritionnelle donnée, ou la qualité sanitaire et nutritionnelle du repas servi.

Face à cela il est nécessaire que les professionnels que nous sommes, fassent la preuve de la prise en considération de ces attentes ou de ces obligations réglementaires. Pour ce faire, nous avons à notre disposition un ensemble d'outils qui doivent être utilisés :

- **Les Fiches d'autocontrôles** obligatoires dans le cadre de la restauration collective
- **La fiche diététique** ou support de la démarche de soin diététique individualisé pour répondre à une double exigence, réglementaire et déontologique. Ces exigences portent sur la démarche de soins diététique dont bénéficie le patient.
- **Le dossier diététique**, à l'usage interne du service diététique pour le suivi du patient et la continuité de la prise en charge diététique.
- **Guides de bonne pratique** ou recommandations de la pratique clinique doivent aider le professionnel et le patient à rechercher les soins les plus appropriés et répondre ainsi aux exigences du CSP en matière de qualité des soins à fournir aux patients.
- **Les référentiels** utilisés dans le cadre d'une activité d'évaluation d'une pratique, d'une organisation ou d'un process
- **Les protocoles, procédures et fiches techniques** élaborés par chaque professionnel en raison d'un problème spécifique pour uniformiser les pratiques diététiques les plus efficaces
- **Cahier des charges** pour définir les attendus en termes de prestation réalisées par le service de restauration

Le contexte réglementaire évolue constamment et crée de nouvelles obligations professionnelles. Il est nécessaire que chaque professionnel en ait connaissance pour élaborer et/ou utiliser les outils nécessaires à la maîtrise de ces nouvelles obligations, puis pour communiquer à l'ensemble de la profession les outils ainsi créés.

La responsabilité professionnelle des diététiciens

Pascale OSVALD-SOULE, Juriste, Centre Information des professions de santé Groupe MACSF

Il est légitime pour le diététicien de s'interroger sur l'impact, dans sa pratique quotidienne professionnelle, des dispositions de la Loi du 4 mars 2002.

Il ne fait aucun doute, aujourd'hui, que le diététicien, quelque soit son cadre d'exercice, peut être confronté au problème de la responsabilité. En créant une obligation d'assurance pour **les professionnels de santé exerçant à titre libéral**, sans distinction, la Loi du 4 mars, en est un parfait exemple.

En posant comme principe l'assurance obligatoire cette Loi reconnaît par conséquent l'existence d'un risque "professionnel" et les diététiciens sont donc tenus, dans tous les cas et quel que soit le cadre d'exercice de répondre de leurs actes (ou de l'absence d'actes) et de les réparer si besoin est.

Outre la responsabilité disciplinaire exercée par l'employeur à l'encontre de son employé (salarié) pour manquement à ses devoirs professionnels, il existe 3 types de responsabilité : **la responsabilité civile et/ou la responsabilité administrative** applicable en fonction du statut du diététicien, **et la responsabilité pénale**, commune à tous les citoyens.

On les distingue, tout d'abord, par leur objet. La **responsabilité civile** comme **administrative** vise à la réparation d'un dommage par l'attribution d'une compensation financière appelée **dommages-intérêts**. La **responsabilité pénale** quant à elle vise à **réprimer les coupables** d'infractions pénalement définies par le biais de peines de prison, d'amendes et d'interdictions d'exercice.

h Responsabilité civile professionnelle

Elle concerne les diététiciens libéraux ou exerçant en tant que salariés dans un établissement de droit privé à but lucratif ou non (structures associatives, cliniques....) voire les diététiciens, agents de la fonction publique comme nous le verrons ci-après .

Pour que la responsabilité du diététicien soit engagée en cas de litige avec l'un de ses patients trois conditions doivent être réunies, à charge pour le patient d'en apporter la preuve.

La première concerne le **dommage** subi par le patient, c'est à dire l'atteinte physique ou morale dont il s'estime victime. Ce dommage doit être réel et prouvé par le patient quel que soit son degré de gravité. Par ailleurs, ce dommage doit **résulter** de manière directe et certaine d'une **faute** intentionnelle ou non du professionnel. Enfin il doit exister un **lien de causalité** entre le dommage et la faute, à charge pour la victime de prouver qu'en l'absence de faute le dommage ne se serait pas produit.

h Responsabilité administrative

En établissement public (hôpital, ..) le patient prend le statut d'usager du service public. Par conséquent, il est coutume de dire que l'établissement public répond des fautes de ses agents. Or selon une jurisprudence bien établie, la responsabilité administrative de l'établissement est reconnue lorsqu'elle se caractérise par **une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service**.

Ainsi, il est communément admis que l'établissement est responsable des dommages causés à la suite d'une chute intervenue au sein de ses murs.

Toutefois, il existe des cas où le juge administratif ne retiendra pas la responsabilité de l'établissement.

h Responsabilité pénale

La responsabilité pénale du diététicien est celle de tout citoyen. Il peut donc être poursuivi en tant qu'auteur ou complice. Le principe est que toute faute ayant entraîné un préjudice peut être pénalement sanctionnée à la condition qu'il existe un texte pour le dire.

Il est important de comprendre, qu'aux termes de la Loi, toute faute ayant occasionné des blessures est susceptible de recevoir une qualification pénale et peu importe l'importance et la nature de ces blessures.

De plus même en cas de relaxe pénale, le juge civil peut s'il est saisi condamner le diététicien à des dommages-intérêt.

Au-delà de cette nécessité de comprendre les différents types de responsabilité afin de faire évoluer les pratiques, il convient, de repenser la relation qui unit le patient au diététicien afin d'y introduire une

dimension éthique et morale propice au dialogue et à la communication. En effet un patient considéré et bien informé est souvent un patient satisfait.

Les pôles : concept, enjeux et outils. Place de la rééducation

Eric ROUSSEL, Directeur des soins Hôpital Necker Enfants Malades – Paris

Longtemps attendus, expérimentés dans plusieurs CHU Français, les pôles d'activités viennent de voir le jour avec l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 « *simplifiant le régime juridique des établissements de santé* ». Décrits dans l'article 6146-1, ils représentent une évolution organisationnelle importante de l'hôpital, qui va provoquer de nombreux changements de places, rôles, fonctions et missions des différents acteurs de l'hôpital. La rééducation en générale et la diététique en particulier n'échapperont pas à ces bouleversements. Pour mieux anticiper les changements à venir, il est utile de connaître et comprendre les concepts et les enjeux qui sous-tendent la notion de pôle d'activité.

Cette nouvelle organisation prévoit le rapprochement des services au sein d'une structure à laquelle est déléguée, par le directeur de l'établissement, une part importante des responsabilités de gestion. Le pôle est dirigé par un coordonnateur médical qui est nommé, sur liste d'aptitude, par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (CME). Il est aidé dans sa mission de pilotage par un cadre de santé et un cadre administratif. Dans chaque pôle est institué un conseil de pôle pour lequel un décret d'application doit prochainement définir les attributions, la composition et le mode de fonctionnement.

Cette organisation repose sur plusieurs concepts, la **subsidiarité**¹, la **gestion de proximité** et la **contractualisation**. En effet la gestion est désormais mise en œuvre au plus près de la production de soin sur les bases d'un contrat négocié puis cosigné entre le directeur de l'hôpital et le président de la CME d'une part et chaque responsable de pôle d'autre part. Ce contrat définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi d'activité, les modalités d'intéressement liées aux résultats de gestion ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. Il s'agit bien d'un contrat d'objectifs et moyens qui s'appuie sur un renforcement de la responsabilité des acteurs médicaux et paramédicaux.

Pour la rééducation plusieurs scénarii sont possibles. Soit elle est rattachée globalement² à un pôle, soit elle l'est partiellement (certains professionnels seulement) soit elle ne l'est pas du tout et s'insère dans un dispositif de coordination transversale qui ne répond pas au modèle du pôle (filière, soins de support etc.). Quelque soit le scénario retenu il est essentiel que les rééducateurs s'approprient et transposent à leurs modes de fonctionnement les concepts qui organisent les pôles. **Entrer dans une logique de gestion de proximité** signifie construire les critères et indicateurs de suivi et d'évaluation de nos pratiques afin améliorer nos performances et notre productivité. **Contractualiser nos prestations** c'est affirmer notre utilité en sollicitant nos « clients » pour définir avec eux nos procédures d'intervention sur la base d'objectifs clairs et de moyens partagés. **Accepter la subsidiarité** c'est assumer nos responsabilités en affichant par écrit (par exemple dans le dossier patient) nos objectifs thérapeutiques, nos interventions et leurs efficacités et en acceptant de rendre compte à une nouvelle hiérarchie, la direction des soins. Si la simplification, souhaitée par la législation, de l'organisation hospitalière peut être une source d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ce sera d'une part l'effet de la réduction des circuits de décision, d'autre part grâce à une implication forte de tous les professionnels dans cette nouvelle organisation.

¹ Def. : Principe de délégation verticale des pouvoirs.

² C'est-à-dire ses 7 métiers (diététique, ergothérapie, kinésithérapie, orthophonie, orthoptie, pédicurie-podologie, psychomotricité)

Les Pôles au CHU de Toulouse

Marie MONJO, Diététicienne cadre de santé – CHU Toulouse

Depuis 2002 , le CHU de Toulouse met en œuvre une gestion par Pôles pour rendre le fonctionnement interne plus lisible, plus efficace, plus réactif à ses propres projets, retrouver des structures à taille plus humaine, tirer les conséquences des limites des logistiques territoriales, préparer avec l'ARH la mise en concurrence des établissements de soins et préparer la T2A.

Au sein du CHU, sur plusieurs sites, se sont mis en place des Pôles Cliniques générateurs de points ISA et des Pôles Prestataires, responsables des coûts et de la Qualité des prestations internes et externes.

La constitution d'un Pôles se fait selon une Logique Médicale avec une structure basée sur la nature de sa production et la taille d'un Pôles varie entre 300 et 700 ETP.

Trois années plus tard, il est important de constater que les soignants sont un peu oubliés et que la Logique Hospitalière semble s'éloigner du patient pour devenir la Logique de la T2A. Il semblerait qu'il n'y ait pas d'autonomie réelle du Pôles qui doit toujours en référer aux directions centrales qui traitent en fonction des moyens dont elles disposent.

Le Service Diététique, qui est dans une démarche Qualité avec une Logique Diététique inter-site, s'interroge sur son rattachement à un Pôles Clinique ou à un Pôles Prestataire et souhaiterait un positionnement qui lui permette de garder son entité.

Les cliniques et les transversalités au CHRU de Lille

Isabelle PARMENTIER, Diététicienne cadre supérieur de santé, Lille

La pratique du diététicien indépendant en Suisse et le développement d'un concept qualité

Sylvie BORLOZ, Diététicienne - Association suisse des diététiciens diplômés

En Suisse, les diététiciens diplômés sont reconnus dans l'assurance-maladie depuis 1997. L'assurance-maladie obligatoire de chaque patient rembourse les prestations diététiques sur prescription médicale et sous certaines conditions. Depuis cette introduction dans la loi, le diététicien diplômé a aussi l'obligation de remplir des critères de qualité. L'Association suisse des diététiciens diplômés a créé un concept et développé des outils utiles à ses membres afin d'améliorer leur pratique professionnelle.

Le gouvernement et les assureurs-maladies ont mandaté l'Association suisse des diététiciens diplômés (ASDD) pour mettre en place des mesures qui permettent de mesurer la qualité des consultations des diététiciens diplômés. En 2000, un groupe de travail composé de diététiciens et d'assureurs-maladie ont élaboré une convention qui avait pour but d'évaluer la qualité selon le modèle TQM (Total Quality Management) au travers de thèmes tels que l'indication, la structure, le processus et l'efficacité. Des projets ont été élaborés avec la mise en place de statistiques, check-lists et d'un questionnaire de satisfaction du client/patient.

Les assureurs-maladies veulent aussi savoir les résultats de perte de poids ou d'amélioration de l'équilibre du diabète d'un patient après une prise en charge diététique. Cela pose beaucoup de questions sur la manière de juger l'efficacité des prestations diététiques et sur l'utilisation de critères uniques sans prendre en compte la motivation du patient, l'importance des résultats à long terme ou l'intensité d'un traitement médical associé ?

En décembre 2004, chaque membre de l'ASDD a reçu un questionnaire d'auto-évaluation créé avec l'aide d'un expert-qualité selon le concept EFQM (European Foundation for Quality Management). Les différents outils créés précédemment (check-lists de consultation, auto-déclaration de la formation continue, questionnaire de satisfaction du patient/client) ont été intégrés dans cette auto-évaluation.

De plus les assureurs-maladies ont exigé des données sur les résultats de la prise en charge et nous avons donc effectué une récolte sur 2 mois des BMI et Hba1c des patients suivis par des diététiciens diplômés indépendants.