

MISSION

**« COOPERATION DES PROFESSIONS DE SANTE : LE
TRANSFERT DE TACHES ET DE COMPETENCES »**

**Rapport d'étape présenté par
Le Professeur Yvon BERLAND**

SOMMAIRE DU RAPPORT

LETTRE DE MISSION		4
INTRODUCTION		5
1 ETAT DES LIEUX		7
1.1 La délégation d'actes et de tâches médicaux aux professions paramédicales : une pratique éprouvée dans le monde		7
1.1.1 La situation internationale		7
1.1.2 La délégation d'actes de soins primaires aux infirmières		9
1.1.3 La délégation de tâches pour le suivi de pathologies chroniques		11
1.1.4 La délégation d'actes médico-techniques		12
1.1.5 La prise en charge des troubles de la vision		16
1.1.6 La délégation de tâches en Néphrologie		18
1.1.7 La prise en charge du handicap		19
1.1.8 Coopération entre les professions de santé dans le domaine chirurgical		20
1.1.9 La sédation par les infirmières au cours des endoscopies		21
1.2 De très rares initiatives françaises au prix, souvent, de pratiques non reconnues		21
1.2.1 Très peu d'expériences de la délégation de tâches en cabinet de ville		21
1.2.2 La consultation infirmière spécialisée : des habitudes plutôt que des pratiques organisées		23
1.2.3 La consultation diététicienne, une activité mal valorisée		24
1.2.4 Des « dosimétristes » qui s'ignorent		25
1.2.5 Le transfert de compétence en ophtalmologie en voie d'organisation		25
1.2.6 Techniciens en cardiologie, une expérience limitée mais ancienne		26
1.2.7 L'expérience en gastro-entérologie, les infirmières d'explorations fonctionnelles digestives		26
1.2.8 Des expériences récentes dans le cadre du transport primaire ou secondaire des malades		27
1.3 Une réelle volonté des acteurs médicaux et paramédicaux d'organiser le transfert de tâches et de compétences		28
1.3.1 Le partage de tâches en cabinet de médecine de ville		28
1.3.2 La délégation des compétences des actes médico-techniques		29
1.3.3 Les médecins spécialistes favorables au transfert de compétences		

	pour le suivi des pathologies chroniques, quelques exemples qui justifient la demande	30
1.3.4	La prise en charge des troubles de la vision	38
1.3.5	L'organisation de la prise en charge du handicap dans notre pays peut-être améliorée	40
1.3.6	Coopération entre les professions de santé dans le domaine chirurgical	41
1.3.7	En Anesthésie, une répartition des tâches bien identifiée	42
1.3.8	En Obstétrique, vers une meilleure répartition des tâches plutôt qu'un transfert de compétences	43
1.3.9	Un transfert de compétence en Psychiatrie difficile à organiser	44
2	PROPOSITIONS	45
2.1	Vers une nécessaire mise en perspective du transfert de compétences	45
2.2	Des grands principes à respecter	45
2.3	Des transferts sur des acteurs bien identifiés	47
2.3.1	En imagerie médicale	47
2.3.2	En radiothérapie	48
2.3.3	En ophtalmologie	48
2.3.4	En chirurgie	49
2.4	Des transferts de compétences vers de nouveaux métiers de soins	49
2.4.1	Les infirmières cliniciennes spécialisées	49
2.4.2	Les diététiciens de soins	52
2.4.3	Les coordonnateurs du handicap	53
2.4.5	Les Psychologues praticiens	53
2.5	Des expériences à mettre en place	53
2.6	Une concertation à organiser pour avancer vers le transfert de compétences dans quelques domaines d'activité médicale	54

Paris, le 20 MAR. 2003

CAB/JMC/SR/Scop D 03.00.46.73

Monsieur le Doyen,

Garantir une offre de soins satisfaisante à notre population constitue une préoccupation prioritaire du Gouvernement.

L'évolution de cette offre, notamment pour ce qui concerne les professionnels soignants, dépend de facteurs démographiques et organisationnels.

Concernant l'évolution démographique des professionnels de santé, vous m'avez rendu en décembre dernier un rapport comportant plusieurs propositions dont certaines ont déjà fait l'objet d'une mise en œuvre.

Ce rapport comportait également des propositions touchant à l'organisation des soins, et notamment aux coopérations qu'il semble possible de développer entre les différentes professions de santé. Plusieurs études menées dans de nombreux pays européens ou nord-américains ces dernières années ont montré l'utilité potentielle de telles coopérations. En France, diverses expériences ont été mises en place pour pallier des difficultés locales, souvent liées aux pénuries professionnelles.

Je souhaite vous confier la mission de mener une analyse approfondie de l'ensemble de ces initiatives. A cette fin, vous étudierez de manière systématique les coopérations qui pourraient être organisées dans notre pays entre les médecins eux-mêmes et entre les médecins et les autres professions médicales et paramédicales. Nombre de ces coopérations impliquent un transfert de compétences et se traduiraient par une redéfinition des contours des métiers pour l'avenir.

Cette étude devra être menée en concertation permanente avec les représentants des professions concernées, en particulier ceux chargés de leur formation initiale et continue. Les ordres professionnels seront également étroitement associés à votre réflexion.

Monsieur le Doyen Yvon BERLAND
Faculté de Médecine de Marseille
27 boulevard Jean Moulin
13005 MARSEILLE CEDEX


Votre mission ne se limitera pas à la seule analyse conceptuelle des éventuelles opportunités de coopération professionnelle. Vous veillerez, en effet, à susciter et à encourager des expérimentations dans divers domaines d'activité clinique.

Ces expérimentations pourront être menées dans un cadre régional sous la responsabilité de promoteurs locaux ; elles seront mises en œuvre sur des sites déterminés, pour un temps limité et selon un protocole qui permettra d'évaluer leur utilité et leur efficacité. Bien entendu, la qualité et la sécurité des soins devront être garanties et si possible améliorées par rapport aux référentiels de pratique concernés. Dès lors que ces expérimentations seront allées à leur terme, il sera possible d'en dresser un bilan et d'envisager, le cas échéant, les conditions dans lesquelles ces coopérations professionnelles pourront être développées.

Pour mener à bien cette mission, vous bénéficierez du concours de mon administration.

Je souhaite que vous engagiez immédiatement votre mission afin de me présenter vos conclusions aussi rapidement que possible. D'abord, dès juin 2003, sous la forme d'un rapport d'étape pour ce qui concerne l'analyse des coopérations interprofessionnelles existant dans d'autres pays ou qui pourraient être mises en œuvre dans notre système de soins. Ensuite, pour le début de l'année 2004, sous la forme d'un rapport final, comportant le bilan des expérimentations qui auront été mises en œuvre dans ce délai.

Je vous prie de croire, Monsieur le Doyen, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Jean-François MATTEI

INTRODUCTION

Par lettre en date du 25 avril 2003 le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées a confié au Professeur Yvon Berland, Doyen de la Faculté de Médecine de Marseille une mission d'études et de propositions touchant à l'organisation des soins et notamment aux coopérations qu'il semble possible de développer entre les différents professionnels de santé.

1. Objet de la mission

La mission est invitée dans un premier temps à présenter un rapport d'étape pour ce qui concerne l'analyse des coopérations interprofessionnelles existant dans d'autres pays ou qui pourraient être mises en œuvre dans notre système de soins. Dans un deuxième temps le rapport final de la mission fera le bilan des expérimentations qui auront été mises en œuvre.

Cette mission fait suite aux propositions du rapport de la mission Berland¹ « Démographie des professions de Santé ». Cette mission a notamment conclu à une diminution sensible du nombre de médecins généralistes, et surtout spécialistes, dans les prochaines années et entre autres propositions, soutenu l'idée de redéfinir les missions des médecins avec le souci qu'ils soient utilisés de manière optimale à leur juste niveau de formation qui est de niveau Bac+9 à Bac+11. Ainsi il est proposé que des professions de santé assument des activités qui auraient justifié la seule intervention des médecins il y a 20 ou 30 ans mais, les compétences évoluant, ne la nécessitent plus actuellement.

2. Méthodologie suivie

Si le contexte de la mission s'inscrit dans le cadre des évolutions démographiques importantes qui suscitent les inquiétudes, la proposition de délégation de compétences n'a pas pour seul objectif de résoudre à terme des problèmes de densité médicale. Elle est également soutenue, d'une part par le souci de conserver une qualité de soins dans notre pays et certainement de l'améliorer par une plus grande disponibilité des médecins pour les tâches et activités qui le nécessitent et, d'autre part, par la volonté d'assurer une meilleure adéquation entre formation et exercice professionnel.

Partant de cette situation, la mission a auditionné plusieurs acteurs médicaux et paramédicaux² avec pour objectif de définir, dans quelques champs d'activité médicale, les constructions possibles qui amèneraient à proposer des expériences régionales ou loco-régionales thématiques. Dans un second temps et après analyse de ces expériences le transfert de compétences pourrait être étendu à d'autres activités médicales et para-médicales. En effet l'objectif initial n'est pas d'envisager a priori de manière exhaustive tous les transferts de compétences possibles ou envisageables dans l'ensemble des champs d'activité des médecins, il est, à partir de quelques exemples, de juger de l'efficacité et de l'efficacité du partage de compétences en sachant qu'en partant des résultats de ces expériences le partage des

¹ Mission « Démographie des professions de santé » Rapport n°2002135 Novembre 2002

² Voir « Liste des personnes rencontrées » en annexe 1

compétences pourra être étendu à d'autres types d'activités que celles initialement évaluées. La mission a également eu pour souci de proposer des transferts de compétences en tenant compte des particularités de l'exercice de la médecine dans notre pays.

3. Plan du rapport

Le présent rapport d'étape comprend :

- l'analyse des coopérations entre les professionnels de santé dans les pays nord-américains et européens,
- les initiatives en France dans le domaine du partage ou de la délégation de compétences,
- la position et les propositions des professionnels sur le transfert de compétences,
- les propositions de quelques expérimentations élaborées par la mission sur la base des constats et des entretiens conduits avec les professionnels de santé.

1. ETAT DES LIEUX

Le transfert de compétences des activités médicales aux acteurs paramédicaux s'est organisé dans plusieurs pays et souvent depuis de nombreuses années. Les expériences les plus larges concernent les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni.

En France, on ne retrouve pas les mêmes délégations, quelques pratiques non reconnues peuvent être identifiées.

Toutefois, les médecins de notre pays ont dans beaucoup de disciplines entamé une réflexion, notamment avec leurs partenaires paramédicaux et sont prêts à initier des expériences.

1.1. La délégation d'actes et de tâches médicaux aux professions paramédicales : une pratique éprouvée dans le monde

1.1.1. La situation internationale

- *En Amérique du Nord* notamment, des infirmières praticiennes offrent des soins à des clientèles diversifiées. Ces pratiques se fondent sur des expériences tout à fait positives. Ainsi, il a pu être rapporté récemment que la prise en charge après une première admission aux urgences des patients, notamment diabétiques ou asthmatiques, par des infirmières était aussi efficace qu'une prise en charge médicale³.

- *Au Canada*, les modifications apportées à la réglementation professionnelle en 1994 en Ontario ont permis de développer de nouvelles missions pour les infirmières qui ont désormais accès à un programme de formation d'infirmières praticiennes. Au Québec, les tâches que peuvent remplir les infirmières ont été élargies et ont fait l'objet de modifications de la loi en avril 2003 pour application en juin 2003⁴.

L'Université de Montréal a opéré en 2002 la mise en place d'une réforme de la maîtrise en Sciences Infirmières avec une option « pratiques avancées ». Dans cette option on décline deux filières :

- infirmières cliniciennes spécialistes, très peu tournées vers les actes et essentiellement destinées à l'éducation, au conseil, à l'expertise en soins infirmiers,
- infirmières praticiennes, formées essentiellement pour les soins spécialisés.

- *En Australie*, le New South Wales a été le premier État australien à légaliser le titre d'infirmière praticienne, en 1998. L'État de Victoria a adopté, en novembre 2000, un projet de loi qui protège le titre d'infirmière praticienne et donne aux infirmières

³ Mundiger MO et al.Jama 2000

⁴ Guide d'application de la nouvelle loi sur les infirmières et infirmiers et de la loi modifiant le Code des Professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la Santé. Avril 2003 Code National des infirmières et infirmiers du Québec www.oiiq.org

qualifiées l'autorisation de prescrire une catégorie limitée de médicaments. Le gouvernement a autorisé l'implantation de projets-pilotes dans divers milieux. Enfin, l'État du Western Australia expérimente le rôle de l'infirmière praticienne dans des régions isolées.

- *En Nouvelle-Zélande*, selon le projet du Nursing Council d'octobre 2000, l'infirmière praticienne exerce au sein des services ambulatoires (services de première ligne en région urbaine ou en région éloignée) ainsi que dans les secteurs de soins aigus et de soins de longue durée. Elle a une formation de programme de maîtrise. Elle prescrit et interprète des tests diagnostiques et elle pose des diagnostics différentiels. Elle peut décider de prescrire ou non. Elle doit alors s'inscrire à un programme de formation reconnu par le Nursing Council et s'inscrire au Nurse Prescriber Register. Dans les secteurs de soins aigus, elle reçoit sa formation clinique spécialisée au centre hospitalier. Cette certification «institutionnelle» lui confère le titre d'infirmière praticienne uniquement au sein de cet établissement et ne lui permet pas d'exercer sous ce titre dans un autre centre hospitalier.

- *Au Royaume-Uni*, aucune loi ne régleme actuellement le titre d'infirmière praticienne, le champ d'exercice et la formation de l'infirmière en pratique avancée. La seule loi existante est celle qui encadre son pouvoir de prescrire.

En 1998, le United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC) a mené une vaste consultation sur une proposition de réglementation de la pratique infirmière avancée auprès de ses membres, de ses partenaires et du public. Compte tenu des souhaits formulés en faveur d'un tel développement, le UKCC a mis en place un comité directeur dont le mandat est d'élaborer un cadre national de normes de pratique, de créer un outil d'évaluation des compétences cliniques et d'étudier les mécanismes de reconnaissance du titre.

Le gouvernement a annoncé le financement d'un programme de formation des infirmières praticiennes pour accroître leur habilité à prescrire.

Depuis la fin des années 1980, l'infirmière praticienne exerce en première ligne et constitue une solution à la diminution des services médicaux dans des secteurs «isolés» (services en régions éloignées, services auprès des sans-abri, etc.). Durant les années 1990, le rôle de l'infirmière en pratique avancée s'est étendu de plus en plus à des services de soins secondaires et tertiaires, et a pallié le manque de spécialistes. Ces infirmières exercent sous des titres d'infirmières praticiennes ou d'infirmières cliniciennes (par exemple, infirmière clinicienne en néonatalogie), effectuant des actes normalement réservés aux médecins et encadrés par des protocoles. L'infirmière praticienne en première ligne peut accomplir les activités suivantes : diagnostiquer, prescrire et traiter des problèmes de santé courants.

1.1.2 La délégation d'actes de soins primaires aux infirmières

L'analyse de la situation internationale a été parfaitement résumée par le rapport du CREDES⁵ (Fabienne Midy) qui en février 2003 a étudié la revue de la littérature entre 1970 et 2002 concernant l'efficacité et l'efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. Je retirerai de cette analyse les points essentiels.

5 CREDES: « Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires : revue de la littérature 1970-2002 »

Si des études concluent à une faisabilité de la délégation de certains actes du médecin généraliste à une infirmière formée à cet effet avec une efficacité au moins égale, il faut bien admettre certaines limites fondamentales de ces études. D'une part on dispose de peu d'études avec une méthode rigoureuse ce qui limite le poids des conclusions. D'autre part la généralisation des conclusions entre des époques différentes (nombre d'études ont été faites dans les années 70-80) et entre des pays aux systèmes de soins différents, est périlleuse.

Ce transfert a été utilisé *aux Etats-Unis* et *au Canada* dans les années 1960 dans un contexte de rationalisation du système de soins. Ainsi sont apparues les infirmières praticiennes (nurse practioners), aux Etats-Unis la recherche du gain de productivité a accéléré le processus. Au Royaume Uni des expériences similaires ont vu le jour principalement dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins dans un contexte de saturation des médecins généralistes. Dans ce contexte, le rôle des infirmières a été accru soit dans des organisations autonomes soit par une collaboration renforcée entre le médecin généraliste et l'infirmière dans les cabinets de soins primaires.

Dans les soins primaires les infirmières ont étendu leurs compétences en direction de trois actions :

➤ La promotion de la santé.

Bilan de santé, éducation, dépistage sont effectués en accord avec des protocoles établis par les médecins. Les études, essentiellement britanniques et canadiennes, ont porté sur la prévention des risques cardio-vasculaires et de cancers notamment. Elles montrent que les infirmières peuvent, dans le cadre de la prévention de la Santé, effectuer des actions et gestes auparavant réalisés par un médecin. Elles sont plus efficaces dans le conseil diététique mais les études n'évaluent pas l'impact de ces actions sur l'état de santé de la population prise en charge. Aujourd'hui cette délégation est au Royaume Uni intégrée totalement dans l'organisation des actions de promotion de la santé.

➤ La consultation infirmière dédiée.

Les cabinets de soins primaires anglo-saxons ont diversifié leurs activités en proposant des consultations dédiées à la prise en charge de maladies chroniques. Il ne s'agit pas d'une simple délégation de tâches mais d'une véritable réorganisation de la prise en charge de ces pathologies. Il s'agit en fait d'aller vers le patient et non pas d'attendre qu'il vienne au cabinet. Les cabinets britanniques ont confié ce suivi pro-actif à des infirmières formées à cet effet.

La plupart des expériences porte sur l'asthme et les problèmes cardio-vasculaires.

Les études ont rarement une puissance suffisante pour détecter des impacts fins. Elles ne permettent pas de distinguer l'impact de la mise en place d'un nouveau service et celui de sa prise en charge par une infirmière. Elles sont essentiellement utiles pour analyser la faisabilité.

Les conclusions des acteurs britanniques ont été résumées par Fabienne Midy : « la mise en place d'une prise en charge proactive se traduit par une amélioration de l'état du patient. Des infirmières à compétence étendue dans le domaine de l'asthme et de l'hypertension peuvent offrir des soins de suivi de qualité dans le cadre d'une prise en charge protocolisée. Cette prise en charge a également un impact sur l'organisation du cabinet : redistribution de leur charge de travail et réduction du nombre de visites et de consultations en urgence due à la stabilisation de l'asthme dans cet exemple ».

➤ La consultation infirmière de première ligne.

Au Royaume Uni des infirmières peuvent prendre en charge des patients non diagnostiqués avec des problèmes indifférenciés. Il peut s'agir de consultations traditionnelles ou dans des Walk-In Centers qui offrent un accès rapide et sans rendez-vous 7 jours sur 7 et de 7h à 22h dans des endroits très fréquentés. Ces Walk-In Centers proposent un bilan réalisé par une infirmière prenant en charge le traitement de problèmes de santé mineurs. Ils sont également centres d'informations. Il peut également s'agir de consultations téléphoniques. Etabli en mars 1998 le NHS direct est un service de gardes téléphoniques 24h sur 24 où des infirmières assistées par un logiciel d'aide au diagnostic orientent le patient vers le service sanitaire adapté ou l'aide à solutionner son problème.

- Concernant les études d'évaluation des consultations infirmières de première ligne en cabinet, les constats sont les suivants :

- Les médecins et les infirmières ne traitent pas les mêmes cas.
- La durée des consultations est plus longue pour les infirmières
- Les infirmières ont plus tendance à réaliser ou à demander des examens.
- Il n'y a pas de différence dans le taux de prescription.
- L'infirmière gère la plupart des consultations de manière autonome, entre 73 et 95% des consultations sans recours à un médecin.

- Quelles sont les conclusions de la revue de la littérature concernant l'efficacité de l'extension des compétences des professionnels non médicaux dans les soins primaires ?

Les deux analyses les plus récentes (Buschan et al 2002⁶ et Sibbald⁷ 2000) insistent sur les limites des études publiées. Sibbald insiste notamment sur le fait que s'il n'y a pas de raisons fondamentales pour qu'une infirmière avec une formation adaptée, ne puisse pas faire aussi bien qu'un médecin généraliste, l'intérêt coût-efficacité de cette délégation n'est pas démontrée. Buschan insiste sur le caractère difficilement transposable d'études menées dans des contextes de systèmes de santé différents. Il insiste sur la nécessité d'identifier les besoins en soins dans une population de patients pour déterminer les compétences requises du personnel de santé. En ce qui concerne le personnel infirmier des données montrent que le recours accru à un personnel moins qualifié ne sera pas efficace dans toutes les situations même si dans certains cas on a pu améliorer l'efficacité organisationnelle en faisant appel aux aides-soignantes. Les données sur le recoupement des compétences montrent que bien des systèmes pourraient recourir beaucoup plus largement au personnel infirmier.

- Dans son analyse, le rapport du CREDES apporte quelques commentaires que je reprends :

« Une base de preuves s'est développée suggérant que dans certains domaines cliniques des tâches jusqu'à présent réalisées par le médecin peuvent être entreprises avec succès par l'infirmière. Les études vont toutes dans le sens d'une extension du rôle des infirmières avec un niveau identique d'efficacité et de sécurité mais avec un niveau de satisfaction supérieure. Deux limites sont souvent évoquées à propos de la méthode d'évaluation des résultats dans ces études. Premièrement les indicateurs choisis sont souvent des échelles d'état de santé perçus et non des indicateurs cliniques. Deuxièmement l'efficacité est démontrée à cours

⁶ Buschan : « Bulletin of the World Health Organisation 2002 »

⁷ Sibbald : « Critical Public Health 2000 »

terme. Les études ne sont pas sur une échelle suffisante (durée d'expérimentation, taille de l'échantillon patients) pour être sensibles à certains risques. Ceci est particulièrement vrai dans le cas des études non contrôlées de la morbidité du patient. Le Case-Mix rencontré par l'infirmière n'est pas le même dans la pratique réelle que celui du médecin. Elle est souvent amenée à voir des patients ayant des problèmes de santé mineurs.

Concernant les coûts de prise en charge, certains travaux montrent que la délégation d'un segment particulier de soins dans un cabinet se traduit par des coûts équivalents en raison d'une durée de consultation plus longue par l'infirmière. Or cela ne signifie pas nécessairement que la délégation n'est pas efficiente pour deux raisons principales. La première est que l'on ne peut pas être sûr que le contenu de la consultation soit le même pour les deux professionnels. Au contraire, les différences observées dans la façon de mener une consultation (plus d'informations, plus de conseils) peuvent produire plus d'efficacité dont le seul signe est aujourd'hui une plus grande satisfaction. La seconde est que les recherches antérieures sur l'efficacité de la délégation ont permis de démontrer que l'efficacité dépend : d'une part, du rapport entre le salaire des infirmières et celui des médecins et d'autre part, de la productivité comparée de ces deux professionnels. Les gains d'efficacité sont donc déterminés par ces deux variables dont la caractéristique première est d'être des variables contextuelles. Cela annihile la portée générale des conclusions qui peuvent être faites dans un système de santé particulier ».

Nous voyons que si les travaux rapportés prouvent la faisabilité du transfert de compétences, son efficacité n'est pas toujours clairement démontrée.

1.1.3 La délégation de tâches pour le suivi de pathologies chroniques : les consultations spécialisées dédiées.

Dans le rapport du CREDES, F. Midy a fait l'analyse de la prise en charge par des infirmiers de maladies chroniques par un suivi proactif.

Comme je l'ai rapporté plus haut, les expériences intéressent principalement l'asthme, les pathologies gastro-intestinales, les pathologies cardio-vasculaires. Elles témoignent d'une faisabilité et d'un suivi de qualité dans le cadre d'une prise en charge protocolisée.

Au Royaume Uni, il y a un développement d'infirmiers spécialisés dont certains ont le titre d'infirmiers consultants. Dans ce pays la floraison et la diversité des titres sans régulation de la part de la profession, l'absence de formalisation des qualifications obtenues, le flou du contenu des formations posent problème.

Au Québec, se met en place une fonction d'infirmière praticienne dédiée aux soins spécialisés en Cardiologie, Néphrologie et Soins Primaires et une fonction d'infirmière clinicienne spécialiste débouchant sur des métiers d'éducation, de conseil et d'expertise.

Ces formations sont du niveau MASTER.

1.1.4 La délégation d'actes médico-techniques

1.1.4.1 Le domaine de l'imagerie

➤ L'échographie

En France la réalisation des examens d'échographie est entièrement de la compétence des radiologues depuis le geste technique d'exploration par échographie jusqu'au compte rendu d'examen.

Cette pratique n'est pas commune à tous les pays puisqu'ils sont nombreux en Europe et dans le Monde à voir leurs manipulateurs réaliser des examens d'échographie. *En Europe*⁸, c'est le cas pour le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la République Tchèque, la Grèce, la Hongrie, la Norvège, la Finlande, le Portugal, l'Autriche. Les manipulateurs réalisent également des examens d'échographie, *aux Etas-Unis et au Canada*.

Les manipulateurs réalisent les échographies sous la responsabilité d'un médecin radiologue qui est le seul habilité à pouvoir proposer les examens complémentaires qu'il juge utile. Le médecin est également le seul à pouvoir confronter les résultats de l'échographie à d'autres examens d'imagerie en particulier scanner ou IRM. Le manipulateur, dans tous les pays réalise un examen échographique standardisé qui impose un temps minimum dans la réalisation de l'examen et implique également un rendu d'images types, définies pour chaque examen.

Le rôle du manipulateur débute par l'accueil du patient, il assure la mise en route de l'appareil d'échographie et le contrôle de son bon fonctionnement, puis la réalisation de la technique d'exploration selon des protocoles précis préparés par les médecins comme indiqué précédemment. Il réalise un enregistrement de l'ensemble des examens. Dans la plupart des pays européens, au Canada et aux Etats-Unis⁹, le manipulateur remet au radiologue un compte rendu de la procédure d'exploration qui servira, avec les images et éventuellement un support informatique complémentaire, à la réalisation d'une interprétation par le médecin radiologue responsable. En pratique courante, le radiologue, au moindre doute, peut compléter lui-même l'examen échographique avant le départ du malade.

Dans aucun des pays le manipulateur n'est apte à un exercice libéral de l'échographie indépendamment de la responsabilité d'un médecin radiologue^{10 11}.

L'analyse des pratiques dans les différents pays où les manipulateurs réalisent les examens d'échographie, montre qu'ils ont bénéficié d'une formation complémentaire spéciale en échographie :

En Europe, elle est en général d'un an à l'issue de la formation de manipulateur classique^{8 11}.

Aux Etats-Unis, les «sonographes» ont une formation spécifique de deux à trois ans en échographie, après la formation de base de deux ans des «radiographes».

⁸ Conditions for education of Radiographers within Europe, ISRRT 2003

⁹ RC Price et al Longitudianl changes in extended roles in Radiography

¹⁰ Le Médecin Electro-Radiologiste, février 2001 numéro 236

¹¹ P. Gerson, Rapport de la Commission des Relations Internationales AFPPE avril 2003

Au Canada, la formation de base pluridisciplinaire est de 3 ans puis des formations spécialisées sont proposées avec, en particulier, une formation pour l'échographie d'environ 1 an.

On voit donc, que dans le Monde, de nombreux pays ont déjà confié aux manipulateurs la réalisation des examens d'échographie. Celle-ci se fait toujours sous la responsabilité d'un médecin qui assurera la rédaction du compte rendu. Le manipulateur assure la réalisation de l'examen selon un protocole standardisé. La compétence en échographie demande une formation spécifique, à l'issue de la formation classique de manipulateur en électroradiologie, d'une durée de 1 an à 3 ans. Cette formation doit comprendre une part pratique importante et incontournable.

➤ L'analyse d'images

Les techniques d'imagerie sont en évolution constante. La tomодensitométrie en est à l'heure du « multibarrette ». Ce nouveau développement permet une exploration plus complète et plus rapide, mais le nombre important de coupes obtenues et la nécessité de plus en plus fréquente de réaliser un traitement des images demandent des manipulateurs particulièrement compétents. Comme en échographie, ils doivent être capables de produire des examens standardisés après traitement. Aux Etats-Unis et au Canada, une formation spéciale après la formation classique des manipulateurs plus courte que pour l'échographie permet d'accéder à une compétence spécifique pour le traitement des images de tomодensitométrie et d'IRM.

1.1.4.2 Les endoscopies digestives

La spécialisation des infirmiers dans la pratique de l'endoscopie est apparue pour certains établissements des Etats-Unis depuis 1972¹². Ces pratiques sont reconnues et remboursées par des assureurs. Quelques sociétés savantes de gastro-entérologues aux Etats-Unis ou au Royaume Uni y sont favorables sous réserve d'une formation validée des personnels impliqués^{13 14}.

Une étude randomisée sur 328 patients¹⁵ a montré une efficacité et une innocuité comparables des explorations d'endoscopie digestive faites par les infirmiers et par les médecins.

Par ailleurs *aux Etats-Unis*, des infirmiers spécialement formés (monitorage, gestes de réanimation...), peuvent assurer la sédation par le propofol (Diprivan) des patients subissant des endoscopies avec un gastro-entérologue qui les supervise. Cette organisation est rendue possible grâce aux innovations technologiques apportées par le produit, qui permet une sédation rapide et à rémanence courte. Une étude portant sur 2200 procédures¹⁶ montre d'excellents résultats pour des patients sélectionnés et des équipes organisées et entraînées.

Au Royaume-Uni, le corps infirmier est de manière générale habilité à faire certains actes et prescriptions qui en France sont réservés aux médecins. La Société Britannique de Gastro-entérologie a établi des recommandations sur le contexte et les types d'examens

12 Shoenfeld et al : Gastroenterology 1999

13 Gross : Gastroenterology 2000

14 Pathmakanthan et al : Journal of Advance Nursery 2001

15 Shoenfeld et al : Gastroenterology 1999

16 Douglas et al : American Journal of Gastroenterology 2002

endoscopiques et d'actes que pouvaient pratiquer les infirmiers¹⁷. Quarante à 50% des hôpitaux du Royaume-Uni qui pratiquent des endoscopies digestives ont recours à des infirmiers " spécialisés " ¹⁴

Le contexte (dépistage par exemple) et les conditions de protocolisation de l'examen apparaissent comme des déterminants majeurs pour optimiser la qualité des examens pratiqués et minimiser les risques médico-légaux.

Le développement du dépistage du cancer colorectal est apparu dans les pays anglo-saxons comme un facteur déclenchant du recours à d'autres personnels que les gastro-entérologues afin de pouvoir réaliser des endoscopies dont les demandes dépassaient les possibilités de réalisation par les médecins spécialistes.

Dans la plupart des études, l'impact sur les coûts est analysé, et montre un avantage financier pour le recours à des personnels infirmiers, dont le salaire est moins élevé que celui des gastro-entérologues. Cependant, ces calculs dépendent des conditions de financement ou de prise en charge des examens, propres à chaque pays, ainsi que du " point de vue " par rapport auquel le coût est calculé (patient, hôpital, assureur, Etat...).

En fait, dans la plupart des cas, le transfert de charges vers des non-médecins repose sur une contrainte d'augmentation de la demande plus que d'économie. L'essentiel est évidemment de maintenir le meilleur niveau de qualité pour les actes pratiqués.

Plusieurs points apparaissent importants, tant du point de vue médico-légal que pour l'assurance de qualité des examens :

- la qualité de la formation initiale et continue de ces personnels¹³
- la reconnaissance d'une " compétence " professionnelle spécifique
- une définition précise des actes autorisés à la pratique des non-médecins

1.1.4.3 L'Echocardiographie

La pratique de l'échocardiographie par les non-médecins est très développée aux Etats-Unis.

En 1992, L'American Society of Echocardiography (ASE), qui représente environ 2500 échocardiographistes cardiaques, a publié des recommandations sur l'éducation et la formation des échocardiographistes. Depuis cette publication, les techniques, les applications et donc les procédures ont évoluées.

L'échocardiographie est reconnue actuellement comme la technique de diagnostic la plus performante concernant l'évaluation de l'anatomie cardiaque, la fonction et l'hémodynamique. Cette technique est la plus utilisée en tant que telle. L'échocardiographiste joue donc un rôle prépondérant dans le processus de diagnostic des pathologies cardiaques.

¹⁷ Norton et al : Journal of the Royal Society of Medicine 2002

¹⁴ Pathmakanthan et al : Journal of Advance Nursery 2001

¹³ Gross : Gastroenterology 2000

Pour l'intérêt de la profession et celle du patient, de nombreuses sociétés savantes accréditent des programmes de formation et d'éducation dans le domaine¹⁸.

Les objectifs des nouvelles recommandations concernent :

- le rôle de l'échocardiographe cardiaque
- les recommandations concernant la formation initiale
- les recommandations concernant la pratique et la formation continue

➤ Le rôle de l'échocardiographe et sa formation initiale

L'échocardiographe est un professionnel qui a poursuivi un cursus spécialisé dans le domaine du diagnostic cardiaque, il est qualifié pour réaliser des échocardiographies selon les protocoles et techniques en vigueur.

La technique étant très opérateur dépendant, sa maîtrise est liée à la formation et de la compétence de la personne réalisant l'acte.

Cette personne doit être formée à l'information médicale, aux procédés d'imagerie ultrasonographique, à la physiologie, l'anatomie cardiaque et thoracique, l'hémodynamique, l'embryologie, l'anatomie tomographique, la physiopathologie.

La relation avec le patient est une part importante de l'acte de l'échocardiographe, celui-ci doit expliquer clairement au patient la procédure de l'acte sans pour autant aborder les données purement cliniques de l'acte.

L'échocardiographe doit pouvoir effectuer des calculs à partir des données de l'échocardiographie pour transmettre ses impressions au praticien qui interprétera l'étude. Il est clair que la responsabilité du diagnostic reviendra au final, quoiqu'il en soit, au praticien et non à l'échocardiographe

La formation des échographistes comprend un programme standard de formation incluant une partie théorique ainsi qu'une partie pratique d'au moins 6 mois.

L'étudiant échocardiographe doit compléter cette formation par un cursus d'au moins 12 mois temps plein consacré à l'échocardiographie (lecture d'image, formation clinique,...). Un cursus supplémentaire de 6 mois peut être poursuivi dans le cadre d'échocardiographie cardiaque chez l'enfant.

➤ La pratique et la formation continue

Le caractère opérateur dépendant de cet acte fait que l'échocardiographe engage sa responsabilité dans l'examen qu'il mène. La période d'orientation, durant laquelle l'échocardiographe est sous le contrôle d'un personnel expérimenté, doit durer au minimum 6 mois au mieux 9 mois. Tous les laboratoires d'échocardiographie doivent posséder des protocoles formalisés. Les responsabilités doivent y être clairement définies.

¹⁸ Ehler D. Journal American Society of Echocardiography Sonographer Training and Education Committee, janvier 2001

Concernant la Formation Médicale Continue, les sociétés savantes ont défini un minimum d'heures de Formation Médicale Continue.

1.1.5 La prise en charge des troubles de la vision

Le Royaume Uni est sans doute le pays au monde qui a le plus développé la délégation d'une partie de l'activité ophtalmologique de base à des auxiliaires médicaux qui sont dans ce pays appelés optométristes¹⁹. En effet, un patient présentant un trouble oculaire a deux possibilités en pratique : premièrement, consulter son médecin généraliste, qui lui donnera un traitement s'il s'agit d'un désordre externe (exemple : conjonctivite). S'il pense à un trouble réfractif seul, il l'adressera à un optométriste, et s'il pense à un problème grave, il l'adressera à un ophtalmologiste (hospitalier) ; deuxièmement, voir directement un optométriste. C'est l'attitude largement adoptée par la population (90% des consultants). Celui-ci fera un « Sight Test » (interrogatoire, réfraction, fond d'œil non-dilaté, mesure du tonus oculaire en fonction des facteurs de risque, prescription d'une correction optique, dans 69% des cas !). S'il s'agit d'un problème autre, il l'adressera au médecin généraliste, qui décidera de la conduite à tenir, jouant le rôle de « gardien de porte » (« gate-keeper »). Le passage chez le généraliste est obligatoire avant la consultation auprès d'un spécialiste hospitalier. L'ophtalmologiste n'intervient qu'en dernier recours, si on estime que le patient doit pouvoir bénéficier de ses compétences.

L'optométriste ne peut adresser le patient directement à l'hôpital que s'il s'agit d'une urgence (exemple : décollement de rétine).

Les optométristes (8870) sont bien plus nombreux que les ophtalmologistes (1486), dont les rangs sont gonflés (jusqu'à 3200) par la présence de médecins étrangers et des « Ophthalmic Medical Practitioners » (sorte de médecins généralistes ayant une formation poussée en ophtalmologie). Les orthoptistes, environ 900, ont un rôle relativement restreint, exerçant quasi-uniquement en milieu hospitalier.

Les avantages d'un tel système sont un délai d'attente bref pour la prise en charge de troubles de la réfraction simples (myopie, hypermétropie et astigmatisme), étant donné la pléthore des optométristes ; un lien direct entre prescripteur et fabricant de lunettes, rendant plus aisée une éventuelle réclamation concernant la correction. Les pathologies bénignes (bobologie) peuvent aussi être prises en charge avec un délai a priori correct.

Les inconvénients sont bien plus nombreux, à commencer par un délai d'attente inacceptable pour la prise en charge des pathologies plus graves, du fait d'une part du circuit imposé : optométriste => généraliste => spécialiste, et d'autre part du manque de spécialistes.

Le système génère par ailleurs des consultations inutiles et réduit le nombre possible d'interventions chirurgicales pratiquées, avec pourtant un plus grand nombre de « professionnels de la vision ». Le coût (en nombre d'années de formation) des professionnels de la vision s'avère plus élevé au Royaume-Uni qu'en France¹⁹.

En Allemagne, il existe une implantation non-négligeable des optométristes²⁰. Ils réaliseraient 40% des examens oculaires, les 60% restant seraient donc réalisés par des ophtalmologistes. Il y a donc un équilibre relatif entre optométristes et ophtalmologistes. Ces derniers sont plus

19 Th. Bour : Royaume-Uni, prise en charge des problèmes visuels – Commission Normalisation et Réglementation, S.N.O.F. juin 2003

19 Th. Bour : Royaume-Uni, prise en charge des problèmes visuels – Commission Normalisation et Réglementation, S.N.O.F. juin 2003

20 MEL Y René: exercice de l'ophtalmologie en Allemagne- bilan d'une décennie de réformes

nombreux (7000) qu'au RU (1486) ou qu'en France (5345). Cependant, plus de 50% des lunettes seraient fournies sans passage par l'ophtalmologiste.

En 2000, les optométristes ont obtenu le droit de pratiquer la mesure de la tension oculaire (tonométrie sans contact), et de réaliser des champs visuels (périmétrie), deux éléments clés dans le dépistage du glaucome. Après appel de l'Association Professionnelle des Ophtalmologistes, les optométristes n'ont pas eu le droit d'interpréter ces examens (poser le diagnostic de glaucome). Les orthoptistes sont environ 1600, 80% étant salariés d'un ophtalmologiste.

Les avantages du système, un nombre élevé de professionnels de la vision permet sans doute un accès plus facile aux soins oculaires. L'élargissement des prérogatives des optométristes permet d'augmenter l'offre aux patients cherchant un dépistage rapide (antécédents familiaux de glaucome par exemple).

Les inconvénients du système de prise en charge en Allemagne sont l'existence de deux types de caisses, une publique et une privée, qui conduit à une médecine à 2 vitesses. Il existe une lettre clé flottante (qui malheureusement pousserait à la multiplication des actes). Il existe un budget individuel par spécialité (avec reversement en cas de dépassement) qui peut s'avérer nuisible.

En ce qui concerne la prise en charge d'un patient atteint d'une anomalie du champ visuel, on peut imaginer que le patient ne comprendra pas pourquoi l'optométriste teste la vue, lui prescrit des lunettes, lui fait un champ visuel, mais subitement passe la main pour le reste de la prise en charge.

Au Canada, la prise en charge de la pathologie oculaire, comme pour les deux précédents exemples, s'appuie sur l'activité des optométristes²¹. Les patients peuvent consulter librement un optométriste ou un ophtalmologiste, mais souvent ne savent pas qui voir pour quelle pathologie (fonctionnement en parallèle). Les optométristes jouissent comme aux Etats Unis du titre de Docteur (formation par un doctorat universitaire) et entretiennent la confusion auprès des patients. La publicité est bien sûr permise pour les optométristes, qui vantent par exemple la chirurgie au laser pour la myopie, bien que ne la pratiquant pas.

Ils pratiquent le «co-management» des patients avec l'ophtalmologiste chirurgien (pour lequel ils servent de rabatteurs, assurant simplement le suivi postopératoire).

Les avantages du système Canadien sont peu nombreux : on peut encore argumenter la rapidité du libre accès pour les pathologies bénignes (troubles de la réfraction). Les inconvénients sont le manque d'infrastructure, le manque d'ophtalmologistes, un délai d'attente pour les actes opératoires trop long, et un accès freiné par le plafonnement des revenus des ophtalmologistes.

Les solutions proposées sont l'augmentation du nombre d'ophtalmologistes formés, l'intégration des orthoptistes (exerçant déjà un double métier d'orthoptistes et de technologues médicaux ophtalmiques) de manière plus poussée dans les cabinets d'ophtalmologie et dans les zones rurales. Les optométristes verraient favorablement l'élargissement de leurs compétences.

A l'extrême, on peut prendre l'exemple américain de l'Etat de l'Oklahoma, fortement rural, où les activités de l'optométriste vont très loin, jusqu'à la chirurgie de la cornée et la chirurgie esthétique des paupières.

21 Société Canadienne d'ophtalmologie: mémoire à la commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, juin 2002

Nous voyons que l'optométrie s'est surtout développée dans les pays anglo-saxons. La prise en charge des soins oculaires varie cependant beaucoup, et on peut schématiquement opposer les pays deux par deux : d'un côté le Royaume Uni et le Canada, pays où la démographie médicale est réglementée (manque d'ophtalmologistes, avec délais de prise en charge inacceptable pour les pathologies graves) où on pourrait voir effectivement un intérêt dans l'optométrie qui permettrait de raccourcir les délais pour les pathologies bénignes. De l'autre, l'Allemagne et les Etats-Unis, pays où il ne manque pas d'ophtalmologistes, mais où les optométristes réclament cependant un élargissement de leurs activités, a priori dans un but quand même lucratif.

1.1.6 La délégation de tâches en Néphrologie

Le nombre de patients urémiques est en constante augmentation à travers le monde. Aussi de nombreux pays se sont orientés vers la délégation de tâche notamment pour la surveillance des patients traités par dialyse.

Aux Etats-Unis, en dialyse, les nephrology-nurse-practitionners^{22 23} se voient confier de nombreuses tâches qui permettent aux néphrologues de prendre en charge un plus grand nombre de patients, tout en assurant un bon suivi clinique. Comme en attestent quelques travaux, la collaboration entre néphrologues et infirmiers permet un meilleur résultat en terme de survie des patients dialysés²⁴.

Au Canada, la demande des néphrologues québécois à l'égard de l'introduction de l'infirmière praticienne dans les équipes de soins se fait de plus en plus pressante et se fonde sur la capacité des infirmières à assumer de telles fonctions. Comme nous l'avons vu plus haut, l'Université de Montréal met en place une formation spécifique de deux ans pour des infirmières praticiennes spécialisées en Néphrologie.

En effet :

«Selon la grande majorité des néphrologues, une des solutions au problème croissant d'augmentation de la demande de soins en dialyse et du manque de relève médicale en néphrologie serait l'intégration d'une infirmière praticienne à l'équipe de soins.

À l'heure actuelle, deux établissements travaillent à instaurer de tels rôles : en hémodialyse, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) et en pré-dialyse, au Centre hospitalier universitaire de Québec. L'infirmière praticienne est appelée à élargir son rayon d'intervention en prenant certains actes habituellement réservés aux médecins, comme la prescription de tests diagnostiques, le traitement de problèmes de santé courants de la clientèle en néphrologie et la consultation. ».

On peut citer plusieurs exemples d'activités du champ médical exercées par des infirmières spécialisées en Néphrologie au Canada et aux Etats-Unis :

- Prescription et interprétation des examens et des tests diagnostiques

²² Bolton WK : American Journal of Kidney Diseases 1998

²³ Bolton WK : Am Soc Nephrology 1998

²⁴ Onight CA et al : Dialysis and Transplantation 2002

- Diagnostic des problèmes de santé courants
- Prescription et adaptation des posologies des médicaments (antibiotiques, analgésiques., Hypotenseurs, vitamine D, anticoagulants et érythropoétine, thérapeutiques immunosuppressives dans les cas de transplantation rénale).
- Prise en charge de la régulation des paramètres de la dialyse.

En Europe, beaucoup de néphrologues, considèrent que ces transferts de compétences des médecins vers des para-médicaux ont été beaucoup trop importants et trop rapides aux Etats-Unis et sont, au moins pour partie, responsables de résultats moins satisfaisants qu'en Europe pour la survie des patients traités par hémodialyse. Selon une enquête conduite en 2002 auprès des néphrologues « représentatifs » de six pays européens, le recours à des infirmières spécialisées en renfort des médecins néphrologues en nombre insuffisant est jugé nécessaire en Allemagne, Pays-Bas, Royaume Uni alors qu'un appel à des médecins généralistes n'est suggéré qu'en Belgique²⁵.

1.1.7 La prise en charge du handicap

Il existe actuellement au niveau international un consensus conceptuel sur la notion de handicap. En revanche, les modalités de prise en charge des personnes handicapées varient d'un pays à l'autre en Amérique du Nord et en Europe.

Le consensus conceptuel repose sur les travaux de Wood pour l'OMS (Classification Internationale des déficiences, incapacités, handicaps, CIDIH, OMS, 1980). Pour Wood le handicap doit être conçu comme la conséquence sociale des déficiences et incapacités générées par la maladie, la blessure ou le désordre congénital, et le terme de handicap réservé à cet usage, et non à la désignation des désordres pathologiques ou des différents types d'infirmité.

Classification conceptuelle aujourd'hui classique, ses conséquences ont été majeures dans la clarification des discours et des politiques associatives ou étatiques. La conception du handicap comme un désavantage social multidimensionnel permettait en effet de distinguer enfin ce qui relevait du secteur médical, de la réadaptation et du secteur social, celui de la réinsertion. Cette classification est en cours de révision sous le nom de ICF (International Classification of Functioning).

A partir de ce concept, les Etats ont élaboré leurs politiques à l'attention des personnes handicapées notamment dans les domaines de la Santé, de l'Education et du Travail.

Deux attitudes existent et déterminent l'organisation générale de la prise en charge. Certains pays traitent le problème des personnes handicapées comme un problème spécifique (France, Allemagne, Royaume Uni..). D'autres considèrent que tout le monde, personnes handicapées comprises, relève du régime général (Danemark et Suède : pas de Ministère des Personnes Handicapées).

- Pour ce qui est de la Prise en charge médicale

Aux *Etats-Unis* les durées de séjour en soins aigus sont plus courtes qu'en France. En corollaire la prise en charge ambulatoire est très développée.

25 Jacobs C : Actualités Néphrologiques 2003

L'organisation de la prise en charge repose sur la notion de programme. Ce programme est envisagé de l'entrée aux soins aigus jusqu'au retour au domicile ou à l'entrée dans la structure de suite la plus adaptée.

Ces programmes font l'objet de procédures d'Accréditation de la Qualité des Soins spécifiques (par exemple programme pour traumatisés crânio encéphaliques). Leur coordination est assurée par un médecin spécialiste en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR).

En plus des professionnels habituellement rencontrés en France, il existe une profession intitulée "Case Manager" chargée de coordonner les actions sociales destinées à organiser le retour au domicile et à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées. Il s'occupe notamment de la recherche des financements.

En Europe, la France diffère des autres pays pour les programmes de prise en charge au domicile et pour l'implication des personnes handicapées.

En effet,

Les programmes d'évaluation des besoins des personnes handicapées, et les programmes d'aides humaines et matérielles à domicile ou dans d'autres lieux sont peu développés en France par rapport à ce que l'on peut rencontrer ailleurs.

L'implication des personnes handicapées et des associations qui les représentent dans les processus décisionnels est plus importante dans le reste de l'Europe qu'en France.

1.1.8 Coopération entre les professions de santé dans le domaine chirurgical

Le modèle *nord-américain* est le plus intéressant car dès les années 60, les problèmes de démographie chirurgicale et de mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire ont produit des expériences puis la formalisation de professions para-médicales encore méconnues en Europe.

Aux Etats-Unis, les premiers « Physician Assistants » (Pas) ont été formés à Duke University en 1965, à partir de volontaires en provenance du corps de santé de la Navy. Il y a maintenant plus de 50 000 Pas aux Etats-Unis dont beaucoup travaillent en chirurgie et aux urgences.

Un Pas est formé en 24 ou 26 mois. Il doit auparavant avoir travaillé au moins deux ans au contact de patients. Il est habilité à exercer une certaine partie de la médecine sous le contrôle d'un médecin, avec lequel il travaille en équipe. L'Ordre des Médecins dispose d'un comité d'agrément des Pas dans la plupart des Etats. L'Association Médicale Américaine a d'ailleurs édité des règles de bonne coopération au sein desquelles il est par exemple intéressant de noter que le médecin doit être disponible en permanence, soit en personne soit par différents moyens de communication. Le Pas a le droit en chirurgie « d'ouvrir » et « fermer » les patients et faire des actes simples comme des ablations de matériel d'orthopédie, des varices... Son activité au quotidien est proche de celle d'un bon interne en chirurgie, en fin de choix en intervenant en période pré-opératoire (information, conseils, analyse du dossier) per opératoire (instrumentation, mise en place des champs opératoires, sutures en cours d'intervention) en post-opératoire²⁶ (visites, informations, suivi du dossier).

²⁶ American Academy of Physician Assistants www.aapa.org/glance.html

Au Canada, il n'y a que peu de Pas, mais il existe des Infirmières Premières Assistantes en chirurgie qui exercent un peu le même travail, avec la dimension infirmière en plus. Elles sont notamment responsables des dossiers du patient, font les visites préopératoires, aident le chirurgien, notamment en installant, en refermant le malade, en l'accompagnant en salle de réveil et en faisant les visites et les soins postopératoires simples. Une formation sur 30 crédits ECTS donne le certificat en soins infirmiers périopératoires.

En Europe, il y a apparemment peu d'exemples similaires, les sites internet européens se faisant beaucoup plus l'écho de tentatives de lutte contre la pénurie d'infirmières ! Il semblerait cependant que des expériences de type Pas soient en cours en Grande-Bretagne et en Hollande.

1.1.9 La sédation par des infirmières au cours des endoscopies, l'exemple américain.

L'intérêt d'utiliser la sédation par le propofol (diprivan) administré par un infirmier au cours d'actes d'endoscopie a fait l'objet d'une étude directe¹⁶. L'étude a porté sur 2000 patients. Les infirmières avaient été formées à la conduite d'une telle étude et notamment aux gestes de réanimation. Les résultats de l'étude sont très satisfaisants et aucun événement grave n'a été recensé. La procédure a permis de prendre en charge un grand nombre de patients sans que la présence et l'intervention d'un médecin anesthésiste réanimateur ne soit nécessaire .

Toutefois l'étude présente quelques limites assez évidentes :

- les patients qui sont entrés dans l'étude étaient hyper sélectionnés,
- l'équipe infirmière et de médecins gastro-entérologistes a été particulièrement formée,
- la sédation par le propofol est profonde et le risque de perforation du colon majeur au cours d'actes d'endoscopie ce qui indéniablement nécessite et justifie une expérience très importante de l'endoscopiste qui effectue les gestes.

1. 2. De très rares initiatives françaises au prix, souvent, de pratiques non reconnues

Des habitudes de pratiques ont quelquefois vu le jour, utilisant des acteurs paramédicaux à des tâches médicales. La légitimité de ce transfert est venue de la compétence que ces acteurs ont acquise, néanmoins ils n'en ont pas obtenu la reconnaissance. Plus récemment, certains médecins ont souhaité mettre en place des expériences de transfert de compétences.

1.2.1 Très peu d'expérience de la délégation de tâches en cabinet de ville

Devant les difficultés rencontrées dans l'exercice au quotidien, notamment en milieu rural, la médecine générale s'oriente vers un mode d'exercice regroupé et partagé. Nous n'en sommes toutefois qu'aux balbutiements et je n'ai eu connaissance que de très rares organisations de partage de compétences et de délégation de tâches en médecine générale.

16 Douglas et al :American Journal of Gastroenterology 2002

Une étude expérimentale de la délégation de tâches au cabinet médical a débuté en région Poitou-Charentes à l'initiative de l'URML. Les éléments de cette étude m'ont été communiqués par Yann BOURGUEIL (Groupe Image, ENSP-Hôpital National de Saint Maurice), Stéphane BOUGES, Directeur de l'URML Poitou-Charentes, et Philippe BOUTIN, Président de l'URML de Poitou-Charentes.

La charge de travail augmente auprès des généralistes en région Poitou-Charentes aussi bien en ville qu'un milieu rural. Cette situation qui motive la délégation de tâches semble causée par le départ non remplacé de plusieurs médecins et une demande de soins croissante.

L'expérience de partage de compétences et de délégation de tâches implique des cabinets de groupe.

➤ Objectif du projet

Engager une expérimentation de délégation d'activité en médecine générale, voire de développement d'activités « nouvelles ».

La délégation est ici envisagée comme la réalisation d'activités entrant dans le champ d'activité du médecin, au cabinet médical, par un professionnel non médical placé sous la responsabilité du médecin.

➤ Les étapes et le calendrier

Dans un premier temps, il s'agit de préciser les contours et de tester la faisabilité d'un tel projet auprès de trois cabinets de groupes candidats à l'expérimentation. Cette étape permet de formuler les hypothèses de travail communes et spécifiques à chaque cabinet de groupe. Elle donnera lieu à la rédaction d'un cahier des charges de la délégation de tâche en médecine libérale de groupe dans le respect de la diversité des pratiques de chaque cabinet. Une analyse organisationnelle de chaque cabinet ainsi qu'une exploration des attentes des médecins mais aussi de leurs patients constitue la base de ce travail. Ce travail sera achevé en septembre 2003.

Dans un deuxième temps, il s'agit de mettre en pratique la délégation de tâches dans un cadre expérimental aux résultats exploitables, et d'étudier les conditions de pérennisation et de généralisation, en partenariat avec les acteurs institutionnels et professionnels intéressés. En effet, si l'URML prend l'initiative de l'expérimentation et s'engage à financer la première année de délégation d'activité, l'étude des conditions de pérennisation en partenariat avec l'ensemble des acteurs concernés comme l'URCAM, l'ARH, les collectivités territoriales, les CPAM, les autres organisations de professionnels de santé fait partie intégrante de la démarche. La constitution du comité de suivi et la construction du cadre expérimental sont prévus pour fin 2003, le recrutement des personnes devant travailler en cabinet étant prévu pour janvier 2004.

➤ Les premières orientations issues des visites au sein des cabinets montrent :

Un réel intérêt des médecins en cabinet de groupe pour envisager le développement d'activités sous délégation au sein de leurs cabinets et des conditions pratiques permettant d'accueillir rapidement un professionnel qui serait plutôt paramédical. Les pistes évoquées initialement semblent se confirmer à savoir le développement d'activités de conseil, d'éducation, d'évaluation de risques, de réalisation de tests, de prévention individualisée auprès des patients et de gestion de l'information. Ces activités paraissent pouvoir être

facilement déléguées, afin de permettre au médecin de se concentrer sur la synthèse et la relation au patient.

Plus qu'une amélioration de la productivité (au sens du nombre de consultations et de leur durée), c'est une amélioration de la qualité du service rendu qui est attendue par les professionnels. La délégation d'activité permettrait de réaliser ce qui n'est pas toujours bien fait, qui prend du temps et qui est standardisable (enquête alimentaire, gestion de l'information relative au dossier patient dans une perspective de prévention, conseils multiples, coordination des interventions ou suivi du patient..).

Les patients sollicités mettent en avant la confiance et la relation individualisée au médecin comme élément principal de son activité. Ils acceptent le principe d'une délégation par le médecin mais souhaitent pouvoir conserver la possibilité d'accéder directement à leur médecin. Ils manifestent aussi le souhait de pouvoir être mieux informés.

1.2.2 La consultation infirmière spécialisée : des habitudes plutôt que des pratiques organisées

Sans parler réellement d'expérience, dans la mesure où il n'y a pas eu d'évaluation réelle des pratiques, de multiples organisations impliquant des professionnels exerçant des métiers paramédicaux ont vu le jour. Ces organisations intéressent le plus souvent le milieu hospitalier avec des pratiques orientées vers les pathologies chroniques et tournées vers le conseil.

Les professionnels rencontrés signalent de multiples exemples qu'il serait fastidieux de rapporter. Certaines expériences ont donné lieu à publication concernant des consultations infirmières pour la prise en charge du diabète insulino-dépendant : expérience tenue à l'hôpital de Saint-Brieuc depuis 1993²⁷, expérience à l'hôpital Bichat²⁸.

D'autres expériences sont rapportées dans le domaine de l'éducation des patients asthmatiques, des patients porteurs de colostomie ou de maladies intestinales chroniques inflammatoires ou encore des patients passant par une consultation infirmière pour une éducation à la dialyse ou une information à la transplantation d'organes.

Le domaine de l'éducation aux patients par des consultations infirmières en milieu hospitalier est donc riche d'expériences pérennes qui démontrent l'intérêt des médecins et des infirmiers pour développer ces pratiques en France. Ceci étant, aucune réelle évaluation de ces pratiques n'a été faite en dehors d'évaluations ponctuelles se limitant à l'expérience d'un service et surtout aucune formation spécifique n'est apportée aux infirmiers.

Les infirmiers sont sélectionnés non pas sur un niveau de formation adapté à leurs nouvelles tâches mais sur le volontariat et sans doute l'expérience professionnelle. Enfin les infirmiers sont souvent utilisés à d'autres périodes pour d'autres tâches notamment dans les unités d'hospitalisation. L'activité de consultations est alors délaissée lorsque le personnel n'est plus en nombre suffisant dans les salles d'hospitalisation.

²⁷ Le Journal de l'Infirmière, numéro 23 avril 1996

²⁸ Savoir et pratiques « Soins », numéro 674 avril 2003

1.2.3 La consultation diététicienne, une activité mal valorisée

Les services de diabétologie, de nutrition, de gastro-entérologie et de néphrologie notamment, impliquent des diététiciens dans la pratique de leurs consultations. Là encore il s'agit d'organisations locales plus ou moins précises compte-tenu du statut et des fonctions quelquefois ambiguës des diététiciens dans les hôpitaux comme l'a clairement rapporté le Professeur Krempf dans son rapport²⁹ suite à la lettre de mission du Ministre délégué à la Santé du 21 décembre 2001 et rendu en 2002.

Le corps professionnel des diététiciens représente environ 4000 diplômés actuellement en activité.

Il y a deux diplômes officiels d'enseignement : le brevet de technicien supérieur en diététique et le diplôme universitaire de technologie (génie biologique – option diététique). Il s'agit donc d'une profession para-médicale et reconnue comme telle puisque siégeant au sein du conseil supérieur des professions para-médicales depuis l'arrêté ministériel du 25 septembre 1995. Cependant il ne s'agit pas d'une profession inscrite dans le Code de la Santé Publique et il n'existe pas à ce jour de décret d'actes concernant le métier de diététicien.

Les domaines dans lesquels les diététiciens interviennent sont nombreux :

- Dans les établissements de soins ils jouent un rôle dans l'organisation de l'alimentation pour l'ensemble de la restauration collective et interviennent dans la diététique médicalisée. Ce secteur représente environ 70 à 76% de l'ensemble des diététiciens.
- En secteur libéral il permet la prescription de régimes personnalisés pour des consultants directs ou sur prescription médicale. Le secteur libéral représente environ 13% des diététiciens.
- Ils interviennent également en restauration collective comme conseillers techniques pour l'application des recommandations des apports nutritionnels et la sécurité alimentaire.
- Ils ont également une présence dans les structures de santé publique (municipalités, DDASS etc...), 9% des diététiciens.
- Ils peuvent également intervenir dans les industries alimentaires et pharmaco-diététiques (2% des diététiciens)
- On retrouve également pour 3% des diététiciens des professionnels dans les structures de recherche et dans des activités de formation.

Les taches sont diverses suivant le secteur d'activité.

- En établissements de santé on relève
 - une mission traditionnelle en liaison avec les services économiques de l'établissement ainsi qu'avec les responsables du personnel de cuisine. Le diététicien établit les menus de régime normal et les régimes standards,
 - une mission spécifique du diététicien chargé de surveiller la réalisation des régimes prescrits par le médecin,
 - une mission d'éducation, de formation et de prévention.

29 M. KREMPF : Rapport sur l'évolution du métier de diététicien, 2002

➤ En activité du secteur libéral,

Le recrutement des patients est effectué dans la majorité des cas directement sans avis médical. En effet, 28% seulement des patients sont référés par un médecin. La consultation diététique n'est pas remboursée par les Caisses d'Assurance Maladie. Quelques mutuelles commencent dans certaines conditions à effectuer des remboursements partiels. Cette consultation n'est pas assujettie à la TVA.

1.2.4 Des « dosimétristes » qui s'ignorent

Plusieurs centres de radiothérapie utilisent des manipulateurs en électroradiologie médicale pour des fonctions qui sont équivalentes à celles qualifiées de dosimétristes dans des pays Nord-Américains. Ils exercent sous la responsabilité des radiothérapeutes et des radiophysiciens. Ils participent directement aux études dosimétriques inhérentes à la mise en traitement décidée par le radiothérapeute à qui ces dosimétristes peuvent proposer des plans de traitement en application de la prescription médicale. Ces plans de traitement comportent par exemple la délimitation de certains organes et un protocole destiné à transmettre à la tumeur la dose prescrite par le radiothérapeute. Cette fonction placée directement sous le contrôle des radiophysiciens est notamment identifiée à Nancy au centre Alexis VAUTRIN.

1.2.5 Le transfert de compétence en ophtalmologie en voie d'organisation

Un transfert de compétence en ophtalmologie s'est mis en place dans une vingtaine de cabinets. Les principes qui semblent prévaloir sont les suivants :

- collaboration ophtalmologistes-orthoptistes,
- unité de temps et de lieu pour la totalité de l'examen (temps de réfraction et temps d'examen médical),
- pas de perte de chance pour le patient (absence d'évaluation de la réfraction faite isolément sans examen médical),
- pas de liaison entre le diagnostic et la vente.

Ceci étant aucune évaluation n'a été faite de ces expériences. Les entretiens que j'ai pu avoir avec les professionnels et les rapports qui m'ont été transmis évoquent d'une part une satisfaction des patients (c'est du déclaratif, il faut le confirmer) d'autre part une réduction des délais d'attente des rendez-vous. Pour exemple dans un cabinet où une orthoptiste est employée par l'ophtalmologiste depuis juillet 2001 les délais de rendez-vous sont passés de 2 mois à 4 à 5 jours. Dans un autre cabinet il y a une orthoptiste depuis 9 ans et 2 depuis 1 an, les délais d'attente sont passés de 6 mois à 1 mois).

Les professionnels font état de problèmes pour la mise en place d'une organisation impliquant dans leur cabinet les orthoptistes. En effet l'investissement en matériel et en locaux est important. Ces professionnels signalent également les difficultés pour salarier les orthoptistes. Si les ophtalmologistes en secteur 2 ne rencontrent pas trop de problèmes il n'en est pas de même de ceux en secteur 1.

Il se met en place dans le département de la Sarthe « Le réseau d'examen de la vision et d'accès aux soins ophtalmologiques de la Sarthe ». Ce réseau a pour premiers objectifs

d'expérimenter une nouvelle organisation des activités de soins entre les orthoptistes et les ophtalmologistes, de participer à l'évolution qualitative et quantitative de la formation des orthoptistes, d'ouvrir la voie à de nouvelles coopérations entre les ophtalmologistes, les orthoptistes, les opticiens et les autres professionnels concernés par l'examen de la vision, le dépistage de la correction ou le traitement de ses défauts et de ces pathologies. Ce réseau comprend un certain nombre d'ophtalmologistes et d'orthoptistes en activité libérale mais également implique le centre hospitalier du Mans pour étudier et mettre en œuvre avec le service d'ophtalmologie une nouvelle procédure d'examen de la vision en l'adaptant aux pratiques hospitalières et également une collaboration avec le service d'ophtalmologie du centre hospitalier universitaire de Nantes pour la formation des orthoptistes

1.2.6 Technicien en Cardiologie, une expérience limitée mais ancienne

Depuis une dizaine d'années le centre hospitalo-universitaire de Rouen implique largement un non-médecin dans la pratique et l'interprétation de l'échocardiographie, sous la responsabilité d'un cardiologue.

Il est rapporté que cet acteur non-médecin a acquis une expérience remarquable qui aujourd'hui en fait un professionnel indispensable mais également référent.

En plus d'un apprentissage technique il a suivi une formation théorique et participe aux actions de formation continue tant nationales qu'internationales

1.2.7 L'expérience en Gastro-Entérologie, les infirmiers d'explorations fonctionnelles digestives

Il existe dans la discipline gastro-entérologie des exemples de transfert d'activité des hépatogastro-entérologue vers des infirmières formées à la réalisation ambulatoire des examens d'exploration fonctionnelle digestive comme la Phmétric oesophagienne, la manométrie ano-rectale, les techniques de rééducation recto-anales par biofeedback et à un degré moindre la manométrie oesophagienne. Dans plusieurs centres hospitaliers français, il est rapporté que ces actes sont délégués à des infirmières ou à des laborantins sous la responsabilité directe des médecins hépatogastro-entérologues. Des bénéfices essentiels de ce transfert de compétences vers des personnels ayant une formation spécifique sont semble-t-il dans ces équipes un gain de temps médical important tout en maintenant un niveau de qualité élevé pour la pratique de ces examens et de la rééducation. Il apparaît au monde de la gastro-entérologie que la reconnaissance de cette activité infirmière spécialisée est aujourd'hui nécessaire pour qu'elle devienne opérationnelle.

1.2.8 Des expériences récentes dans le cadre du transport primaire ou secondaire des malades

J'ai eu connaissance de deux expériences qui ont cours et qui débutent concernant le transfert de tâche des médecins vers des IADE ou IDE pour assurer le transport médicalisé.

Une expérience débute à l'Hôpital Necker pour confier le transport médicalisé secondaire aux IADE.

Une autre expérience a été initiée à l'Hôpital Général de Toulon-La Seyne sur Mer confiant à des IDE le transport secondaire ou primaire.

Ce dernier projet a émergé du constat qu'il y avait un problème majeur qui allait se poser à compter du 1^{er} janvier 2003, au Centre Hospitalier de Toulon-La Seyne, face à la mise en place de l'ARTT et de la circulaire européenne pour le fonctionnement du SAMU 83.

Il a donc été envisagé d'évaluer le fonctionnement d'un SMUR utilisant des moyens paramédicaux pour assurer une partie de ses missions.

Malgré des réactions locales et nationales négatives, les résultats préliminaires semblent rassurants. *« A la date du 25 mai 2003, un total de 72 interventions SMUR a été réalisé par du personnel IDE parmi lesquelles 24 primaires et 48 secondaires. Aucun renfort médical n'a été nécessaire sur une intervention. Il n'a pas été constaté de plainte ni demande d'explication. Les rapports avec les patients, leur famille et leur médecin ont été excellents. Il n'en a pas toujours été de même avec le personnel des sapeurs-pompiers, peu habitué à agir sous la responsabilité d'un infirmier. Ces premiers résultats confirment les éléments suivants :*

- 1) *Paramédicaliser ne consiste pas à remplacer des médecins par des IADE mais à faire assurer des actes strictement infirmiers sous contrôle médical.*
- 2) *La paramédicalisation ne peut concerner que les SMUR disposant de plusieurs équipes puisqu'il faut au minimum disposer d'un médecin pour assurer les urgences vitales.*
- 3) *La paramédicalisation ne peut se concevoir sans une régulation forte. »*

Une évaluation plus large de cette expérience est prévue pour le début du mois de juillet 2003.

1.3 Une volonté des acteurs médicaux et paramédicaux d'organiser le transfert de tâches et de compétences.

Au cours des entretiens que j'ai eus avec les différents professionnels de professions médicales ou para-médicales, il en est ressorti un certain nombre de propositions pour organiser le transfert de tâches et de compétences.

1.3.1 Le partage de tâches en cabinet de médecine de ville

1.3.1.1 Une diminution annoncée des omnipraticiens dans les vingt prochaines années

Au 1^{er} janvier 2002 on recensait selon la DREES 96 901 omnipraticiens répartis de manière hétérogène sur le territoire national avec une densité la plus élevée sur PACA 192/100 000 habitants et la plus faible dans la région Centre 133/100 000 habitants. Contrairement à ce qui

a été observé pour les spécialistes au cours des 20 dernières années il y a toutefois eu une réduction sensible des inégalités régionales. La féminisation est actuellement de 35,8%. Elle s'accroît pour les médecins généralistes plus que pour les médecins spécialistes. La médecine omnipraticienne sera touchée par la diminution des effectifs avec un chiffre qui a été estimé par la DREES en 2020 à 85 587.

Le rapport Berland¹ a longuement insisté sur les inégalités infra-régionales et les difficultés d'exercice en milieu rural.

Il a noté le rejet des plus jeunes pour l'exercice isolé, les installations de plus en plus tardives, la volonté de prendre en compte la qualité de vie personnelle et familiale.

Le rapport propose un certain nombre de mesures notamment l'incitation au regroupement des professionnels de santé dans des « maisons de soins » avec appui administratif, la mise à disposition de structures d'accueil, le statut de collaborateurs salariés dans les cabinets médicaux, l'autorisation de cabinets secondaires. Ces propositions ont été toutes reprises par le rapport Descours³⁰.

1.3.1.2 La nécessité de définir le rôle et les missions de chaque professionnel

De la rencontre avec les représentants des professionnels exerçant la médecine générale, il ressort un certain nombre de commentaires concernant le transfert de compétences dans les soins primaires. Comme cela a été largement mis en avant dans le rapport Berland¹, il émerge la nécessité d'une part de définir les rôles et missions de chaque professionnel de santé, d'autre part de coordonner les activités. L'évolution de la démographie médicale avec la prévision d'une baisse sensible du nombre de médecins est jugée comme une « chance pour faire le changement » avec une volonté d'organiser le système de soins articulé sur les soins primaires. Certains professionnels redoutent toutefois la création de « super structures et de dispensaires libéraux ». Les professionnels insistent sur la nécessité d'une meilleure coordination entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste en favorisant le développement plein des métiers. La médecine générale et de spécialité doit intervenir selon les mêmes modes opérationnels mais en étant utilisée à des niveaux de compétences différents. Les professionnels considèrent qu'il apparaît intéressant de pouvoir former des assistants professionnels (infirmières spécialisées) spécifiques à la pratique de la médecine générale.

1.3.2 la délégation des compétences des actes médico-techniques

1.3.2.1 Le domaine de l'imagerie

La Radiologie est une des spécialités qui devrait connaître une des plus fortes diminutions de densité de spécialistes au cours des 20 prochaines années. A partir d'un nombre évalué à 7870 professionnels, au 1^{er} janvier 2002 il y aura une diminution d'environ 35% en 2020¹. Comme les autres spécialités, elle connaît une grande disparité régionale avec la densité la plus faible

¹ Mission « Démographie des professions de santé » Rapport n°2002135 Novembre 2002

³⁰ Rapport Descours, mai 2003

¹ Mission « Démographie des professions de santé » Rapport n°2002135 Novembre 2002

en Picardie (7,9/100 000 habitants) et la plus forte en Ile de France (16,2/100 000 habitants) et en PACA (16,1/100 000 habitants). La féminisation est moyenne 26,8% mais là encore ces chiffres sont appelés à augmenter. L'activité est essentiellement libérale. Les besoins de professionnels spécialistes en imagerie vont être prégnants avec l'augmentation des plateaux techniques de plus en plus sophistiqués

Pour faire face aux besoins émergents, le rapport Berland¹ mission « Démographie des Professions de Santé » incite à une forte collaboration avec les manipulateurs radio.

Les manipulateurs en électroradiologie médicale ont un exercice qui se répartit en plusieurs activités : 80% des manipulateurs exercent en imagerie médicale, 14% en radiothérapie, 5% en médecine nucléaire et 1% en électrophysiologie. On peut rappeler que dans plusieurs pays comme le Royaume Uni il y a une différenciation du diplôme de manipulateur en imagerie médicale et de celui de manipulateur en radiothérapie.

Il existe 3 manipulateurs radio pour 1 radiologue. Il s'agit d'une profession à 99% salariée avec un taux de féminisation de 72,5%. C'est une profession dont l'embauche se fait à 100% avec des difficultés actuelles de recrutement. En effet les besoins ne sont actuellement pas totalement couverts et vont s'accroître avec l'accroissement sensible programmé des équipements lourds type scanner, IRM, appareils de radiothérapie. Cette profession rencontre un problème de visibilité avec la double voie de formation. L'une qui dépend du Ministère de la Santé et qui conduit à un diplôme d'état, l'autre qui dépend du Ministère de l'Education Nationale et débouche sur un diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique. La durée des études est quoiqu'il en soit par l'une et l'autre voie de 3 ans.

Les médecins radiologues et les manipulateurs en électroradiologie médicale considèrent que le transfert de compétences existe déjà et que les décrets actuels sont en décalage avec les pratiques. Ils considèrent que ce constat doit amener à reconsidérer les textes législatifs de la profession de manipulateur radio.

La loi n° 95-116 du 04 février 1995, portant diverses dispositions d'ordre social. L'article L 4351-1 précise : « est considéré comme exerçant la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale toute personne qui, non titulaire du diplôme d'Etat de Docteur de Médecine, 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 après avis de l'Académie nationale de Médecine. Les manipulateurs d'électroradiologie médicale exercent leur art sur prescription médicale ».

Le décret n° 97-1057 du 19 novembre 1997 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale.

Article 2 : Sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité à accomplir les actes suivants :

Les médecins radiologues et les manipulateurs radio considèrent que cet article devrait être décliné en trois sous-articles :

2-A Sur prescription médicale et/ou en application de protocoles écrits, datés, signés par le médecin

2-B Sur prescription médicale et/ou en application de protocoles écrits, datés, signés par le médecin, à condition qu'un médecin puisse intervenir immédiatement

2-C Sur prescription médicale et/ou en application de protocoles écrits, datés, signés par le médecin, en présence d'un médecin.

Un article complémentaire devrait être ajouté définissant le rôle propre du manipulateur.

Décret n° 2003-270 du 24 mars 2003 relatif à la protection des personnes exposées à des rayonnements ionisants à des fins médicales et médico-légales et modifiant le code de la santé publique.

Article R.43-62. L'emploi des rayonnements ionisants sur le corps humain est réservé aux médecins et chirurgiens dentistes réunissant les qualifications prévues à l'article R.43-24.

Sous la responsabilité et la surveillance directe de ceux-ci, les manipulateurs en électroradiologie médicale peuvent exécuter les actes définis par le décret pris en application de l'article L.4351-1

Cet article pourrait prendre la forme suivante :

Article R.43-62. L'emploi des rayonnements ionisants sur le corps humain est réservé aux médecins et chirurgiens dentistes réunissant les qualifications prévues à l'article R.43-24.

Sous la responsabilité de ceux-ci, et dans le respect du cadre défini dans leur décret d'actes et d'exercice, les manipulateurs en électroradiologie médicale peuvent exécuter les actes définis par le décret pris en application de l'article L.4351-1 conformément à la directive Euratom 97/43.

➤ L'extension des compétences est souhaitable

- En échographie

L'application de certains protocoles d'acquisition du signal ou de l'image échographique apparaît aujourd'hui pouvoir faire partie du champ d'attribution du manipulateur. Cette compétence doit s'assortir d'une formation complémentaire. Cela nécessiterait la modification de l'article 2 du décret n° 97-1057 du 19 Novembre 1997 qui prévoit actuellement :

Article 2 : Sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité à accomplir les actes suivants :

g) recueil de l'image ou du signal, sauf en échographie

et pourrait être remplacé par

g) recueil de l'image ou du signal

- Pour le traitement d'images

L'exploitation informatique des acquisitions (reconstruction 3D – fusion d'images – imagerie pour robotique opératoire) liées aux modalités modernes comme l'IRM, le scanner le PET scan etc.... pourrait être confiée en application de protocoles médicaux à des manipulateurs qui possèdent déjà de par leur formation les bases techniques, anatomiques et médicales pour ce type d'activités.

- En radiothérapie :

Comme nous l'avons vu plusieurs centres ont mis en place une fonction de dosimétristes qui exercent sous la responsabilité des radiothérapeutes et des radiophysiciens.

Un métier de dosimétriste doit être identifié avec un exercice sous la responsabilité des radiothérapeutes et des radio-physiciens. Il apparaît indispensable que cette fonction de dosimétriste bénéficie d'une formation complémentaire.

1.3.2.2 La pratique des endoscopies digestives par les infirmières

S'agissant de la pratique de la coloscopie courte dans le dépistage des cancers et des polypes adénomateux recto-sigmoïdiens, elle est effective en Grande Bretagne et aux Etats-Unis et il est démontré que les performances des infirmières en endoscopie sont comparables à celles des médecins eux-mêmes.

En France il est admis que le dépistage du cancer colo-rectal, clairement mis en évidence par le Plan Cancer, repose exclusivement sur la coloscopie totale pratiquée d'emblée dans les populations à haut et très haut risque ou devant un test hémocult positif dans la population asymptomatique à risque moyen. La pratique de la coloscopie courte par les infirmières françaises ne représenterait pas un transfert d'activité mais la mise en place d'une activité nouvelle. Elle ne pourrait s'entendre qu'intégrée aux stratégies de dépistage en cours en France c'est à dire être proposée à la population à risque moyen chez laquelle le test hémocult est négatif. Ceci aurait l'avantage de limiter l'impact des tests hémocult faussement négatifs mais poserait d'autres problèmes aujourd'hui non résolus.

Le transfert d'activité en matière de coloscopie ne peut s'entendre que sur la pratique de la coloscopie longue. Actuellement il y a en France 1 million de coloscopies d'une durée d'environ 45 minutes. Cela représente environ 300 actes par gastro-entérologues par an et 30% de l'activité des gastro-entérologues libéraux. Aussi le transfert de la coloscopie longue à des para-médicaux poserait un certain nombre de problèmes et devrait faire l'objet d'expérimentations. La technique de la coloscopie est totalement facilement transférable mais la coloscopie implique également d'autres compétences comme la capacité de prendre au cours même de l'examen, en fonction des données de celui-ci des décisions de coloration spéciale, de prélèvements, de coagulation, de polypectomie, de mucoséctomie etc.... dont la responsabilité reste avant tout médicale.

Les professionnels interrogés sont partagés sur l'intérêt du transfert de la coloscopie à des acteurs paramédicaux. Certains considèrent qu'une expérimentation dans ce domaine est hautement souhaitable pour définir les parts transférables à une infirmière et celles propres à l'hépatogastro-entérologue. A terme cela pourrait conduire à envisager par exemple la pratique simultanée de deux ou plusieurs endoscopies par deux ou plusieurs infirmières spécialisées supervisées par un gastro-entérologue. Ce type de transfert d'activité pourrait également s'entendre pour la pratique de la fibroscopie. D'autres sont peu favorables à la mise en perspective d'un transfert de compétences car ils le jugent inutile et pour l'heure inadapté aux pratiques françaises. Ils considèrent que les endoscopies digestives sont par nature un geste qui nécessite l'intervention d'un médecin spécialiste.

1.3.2.3 L'aide technique aux cardiologues

La décroissance des effectifs de cardiologues devrait s'accélérer à partir de 2010 et pourrait atteindre -12% en 2015 et -23% en 2020. Elle devrait toucher l'exercice libéral traditionnel plutôt que l'exercice hospitalier. Comme toutes les professions médicales l'âge moyen des cardiologues continuera à augmenter et le taux de féminisation de la profession va s'accroître. Actuellement la Cardiologie est une profession qui ne comprend que 15% d'effectif féminin. Ce pourcentage va augmenter de manière très sensible dans les prochaines années.

A l'opposé toutes les prévisions concordent à prédire une augmentation continue de la demande de soins en pathologie cardio-vasculaire au cours des prochaines années.

Dans un document publié par la Société Française de Cardiologie, la profession a proposé plusieurs axes de réflexion³¹.

Le premier axe est celui d'une meilleure structuration de la prise en charge des problèmes cardiaques au travers notamment de la tendance au rassemblement en cabinet de groupe des professionnels et de la création du plateau technique semi-lourd à proximité d'établissements de soins dotés d'une USIC permettant la réalisation d'investigations qui nécessitent un environnement sécuritaire. A côté de cette structuration les professionnels ont proposé également d'une part une prise en charge partagée avec le médecin généraliste pour la prévention cardio-vasculaire secondaire et primaire ainsi que certaines pathologies chroniques dont l'insuffisance cardiaque. Ils ont aussi proposé la création d'un nouveau métier de technicien en Cardiologie.

L'audition et les discussions avec les représentants de la profession a conclu comme cela a été clairement écrit dans les documents établis par la profession²² à identifier des techniciens de cardiologie qui pourraient intervenir comme aide technique aux cardiologues.

➤ Les objectifs :

Ce technicien devrait pouvoir assurer la réalisation d'actes diagnostiques simples et standardisés pour le compte de plusieurs praticiens libéraux ou hospitaliers. Il agirait par délégation de compétences sous le contrôle du médecin cardiologue qui validerait les données acquises les interpréterait et pourrait compléter l'examen si nécessaire avant le départ du patient. Les avantages escomptés seraient un gain de temps médical et de productivité, une meilleure standardisation et interprétation des mesures permettant au médecin cardiologue de réinvestir un temps précieux dans d'autres activités en particulier cliniques.

➤ Le domaine d'application :

- L'électrophysiologie diagnostique interventionnelle : lecture des enregistrements holter, assistance technique en salle d'opération pour l'implantation des stimulateurs et défibrillateurs (mesure test péri-opératoire, aide à la programmation) et pour la réalisation des études électrophysiologiques à visée diagnostique et interventionnelle, aide technique aux consultations de suivi de pace-makers et défibrillateurs
- L'aide technique en hémodynamique et cardiologie interventionnelle.

31 Société Française de Cardiologie : Groupe de réflexion « Démographie Médicale en Cardiologie » 2001

- L'imagerie non invasive par ultra-sons (échocardiographie, écho doppler cardiaque et vasculaire) où la demande ne cesse de s'accroître.

➤ La formation :

Ce nouveau métier de technicien en Cardiologie impliquerait selon la profession une formation spécifique. La formation initiale exigée serait de niveau Bac+3. Les candidats devraient être préférentiellement choisis parmi les infirmières, les manipulateurs-radio notamment. La profession considère que dans un premier temps une durée de 1 an semble acceptable avec une centralisation de la formation au plan national

1.3.3 Les médecins spécialistes favorables au partage de tâches pour le suivi de pathologies chroniques, quelques exemples qui justifient la demande

1.3.3.1 Le suivi des maladies chroniques en Hépatogastro-Entérologie :

Les patients porteurs d'hépatite C, traités et surveillés au long cours, les patients atteints de cirrhose décompensée présentant notamment des ascites réfractaires nécessitant des ponctions itératives, les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et soumis à des traitements immuno-dépresseurs au long cours par voie orale ou injectable sont des patients chez lesquels le médecin hépatogastro-entérologue référent pourrait déléguer à des infirmières spécialisées la tâche de suivre la bonne exécution des traitements, surveiller la tolérance de ceux-ci et coordonner les examens de suivi et de réévaluation en relation avec les médecins libéraux généralistes et spécialistes. Le bénéfice attendu de ce transfert d'activité serait l'économie de temps médical et d'ajouter une dimension relationnelle personnalisée utile à la qualité des soins chez des patients suivis au long cours de façon itérative dans les établissements hospitaliers publics et privés.

Les patients suivis au sein des services d'hépatogastro-entérologie soumis à des traitements endoscopiques itératifs ainsi qu'à des bilans d'évaluation et de réévaluation réguliers de leur maladie cancéreuse sont susceptibles d'une mise en place d'expériences de transfert de compétences vers des infirmières spécialisées. Cette évolution réduirait la charge de soins des hépatogastro-entérologues spécifiquement orientés en oncologie digestive et favoriserait le développement de pratiques ambulatoires en réseau.

1.3.3.2 La prise en charge de pathologies cardio-vasculaires chroniques.

Leur rôle se situerait essentiellement au niveau de l'éducation sanitaire de la coordination infirmière de réseau de soins intégrés. Deux domaines d'activité pourraient être privilégiés en lien direct avec les priorités de santé publique énoncées dans le document préparatoire à la loi de Santé Publique (Direction Générale de la Santé Mars, avril 2003) la prévention cardio-vasculaire primaire et secondaire, dans ce domaine le besoin est principalement l'éducation. La prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique dans le cadre de réseau de soins.

1.3.3.3 La délégation de compétences dans la prise en charge du cancer

Il est sans doute inutile de rappeler ici la part prise par le cancer dans les causes de mortalité dans notre pays. Le Président de la République a récemment inscrit la lutte contre le cancer comme une priorité nationale. Le Plan Cancer devra mobiliser des acteurs médicaux dont, on le sait, le nombre est actuellement insuffisant. Les spécialistes oncologues considèrent qu'il est à la fois souhaitable et nécessaire de définir les activités déléguables.

L'activité d'oncologie médicale peut se décomposer en différentes consultations et différents actes dont certains paraissent, selon la profession, pouvoir être transférés à des infirmières spécialisées dont il faudra prévoir et assurer la formation.

La consultation première ou d'annonce au cours de laquelle est présentée le diagnostic, la stratégie thérapeutique et le bilan préthérapeutique, n'est pas jugée transférable sauf pour les explications complémentaires pratiques (prothèses capillaires, prothèses mammaires, stomies, casques etc....).

L'exécution pratique (perfusions) de la chimiothérapie qui fait suite à la consultation de chimiothérapie pourrait être clairement transférée. Ceci nécessiterait une modification de la tarification pour le secteur libéral.

L'exécution et la reconduction de chimiothérapie pour les chimiothérapies établies sur plusieurs jours, pourraient être transférées à partir d'un protocole établi par le médecin.

La consultation de fin de thérapeutique qui fait la synthèse de la prise en charge effectuée et décline le plan de surveillance ou les orientations vers un autre acteur ne peut pas être transférée.

1.3.3.4 le suivi des maladies rénales

En 2002, il y avait 27 à 28000 patients dialysés et 18 à 18500 patients transplantés en France, soit une population totale d'insuffisants rénaux traités de manière substitutive d'environ 45000 à 46500. Il y a actuellement un néphrologue pour 40 patients insuffisants rénaux chroniques traités. La prévalence de la population d'insuffisants rénaux traités par dialyse ou transplantation augmente régulièrement de 5 à 7% par an.

Une projection faite par la profession évalue en 2013 le nombre de néphrologues à 1201 et donc un néphrologue pour 31 patients traités.

Pour garder le même ratio Néphrologues / patients traités, il faudrait dans les dix prochaines années former 100 à 145 DES de Néphrologie par an, c'est-à-dire trois à quatre fois plus qu'en 2002.

L'analyse de Claude Jacobs²⁵ conclut « à un horizon de cinq ans, à une forte augmentation du nombre de patients devant bénéficier d'une prise en charge néphrologique. L'incidence annuelle de nouveaux patients à prendre en charge, pour insuffisance rénale chronique terminale, pourrait s'accroître d'environ 4% et la prévalence annuelle de patients traités pour

²⁵ C. Jacobs, Actualité de Néphrologie 2003

insuffisance chronique terminale augmenter d'environ 5 à 6%. Les préoccupations les plus graves ne sont pas d'ordre logistique matérielle ou financière mais ont trait au déficit massif en néphrologues qualifiés contre lequel aucune mesure correctrice réellement efficace à court ou moyen terme n'est actuellement applicable ni même en vue. Cette situation va rendre indispensable une délégation d'une certaine charge de travail actuellement effectué par les médecins à des personnels paramédicaux ayant reçu une formation spécialisée ».

Quelques néphrologues sont assez réticents au transfert de tâches car ils craignent à terme un risque de dévalorisation de la discipline Néphrologie.

Néanmoins un nombre croissant de collègues adhère à l'idée de l'intérêt d'un transfert de compétences vers des professionnels non médicaux exerçant une activité dont il faut préciser les contours.

La profession s'est réunie pour établir un relevé des tâches qui pourraient être déléguées à des personnels para-médicaux (certaines le sont déjà) :

- Lors du suivi du malade ayant une insuffisance rénale :
 - Relevé de paramètres cliniques tels que poids, pression artérielle
 - Evaluation de l'évolution des paramètres biologiques
 - Préparation des prescriptions dont le patient a besoin et qui seront validées par le médecin...

- Information du patient au stade pré-dialytique :
 - Informations sur les traitements substitutifs,
 - organisation de la visite du centre ou des structures de dialyse
 - coordination des actes nécessaires à la création de l'accès vasculaire ou péritonéal...

- Suivi du patient dialysé :
 - Surveillance des éléments directement liés à la dialyse avec alerte du médecin si des anomalies inhabituelles sont signalées.
 - Surveillance de la fistule artério-veineuse
 - Surveillance des paramètres biologiques : anémie, bilan calcique, bilan nutritionnel, bilan martial...
 - Surveillance des vaccinations (hépatite B) et des sérologies virales
 - Reconduction des prescriptions strictement liées à l'insuffisance rénale chronique
 - Participation à la prévention et au dépistage des morbidités ...

- Suivi du patient transplanté :

- Préparation du dossier pré-greffe avant validation par le Néphrologue.
- Suivi des résultats biologiques du patient transplanté dans le cadre des fourchettes de normalité, avec recours au Néphrologue dès qu'il y a des anomalies.
- Tenue des registres ...

1.3.3.5 La délégation de compétences en matière d'éducation diététique passe par une réorganisation de la formation et du métier de diététicien

L'entretien que j'ai pu avoir avec le Professeur Krempf et l'analyse de son rapport²³ sur l'évolution du métier de diététicien, me permettent de donner les principaux axes de réflexion des représentants de la profession.

- Il est indispensable de distinguer les diététiciens de soins et les diététiciens de collectivités d'industries.

La première activité correspond à l'intervention diététique auprès du malade dans l'équipe de soins. Ce type d'activité doit s'organiser autour d'un service ou d'un département médical ou d'unités fonctionnelles dans les établissements de santé sous une responsabilité médicale. La deuxième activité correspond aux diététiciens de collectivités. Elle est dénommée diététicien administratif dans la documentation européenne. Elle consiste avant tout à s'occuper de la restauration collective hospitalière et notamment de l'unité centrale de production en mettant bien sûr l'accent sur la qualité gustative mais également sur la qualité nutritionnelle pour répondre à la demande de soins et enfin et surtout à mettre en place le maximum de règles permettant de garantir la sécurité aux usagers.

- Il faut redéfinir les missions des diététiciens

La définition des nouvelles missions de la profession de diététicien doit s'envisager en fonction des impératifs de santé publique et du principe de complémentarité avec la profession médicale. Les relations et les limites respectives du champ d'intervention de ces deux professions seront un élément central de l'efficacité.

- mission de soins.

Elle peut se décliner autour de deux grands axes : carence d'apports ou apports inadaptés. Elle ne devra concerner que les activités concernant les apports et les comportements alimentaires.

- carence d'apport : ce domaine recouvre avant tout les états de dénutrition de différentes catégories de patients et principalement dans les secteurs de réanimation médicale ou chirurgicale, de gastro-entérologie, de pédiatrie, de gériatrie, de cancérologie etc.... Pour les interventions de base, seules les prescriptions médicales pourraient être limitées à l'alimentation orale (y compris les suppléments alimentaires) ou entérale. La surveillance quotidienne de la réalisation des soins est dans cette compétence mais toute adaptation ou modification devrait relever d'une prescription spécialisée médicale.

²³ M. KREMPF : Rapport sur l'évolution du métier de diététicien, 2002

- Apports inadaptés : ce domaine recouvre de nombreuses pathologies métaboliques de l'adulte et de l'enfant (obésité, diabète, néphropathie, dyslipidémie). Pour les interventions de base, sur prescription médicale, l'évaluation de l'alimentation et du comportement alimentaire entre dans ce champ d'activité. La mise en place des règles diététiques prescrites par un médecin représente l'essentiel de l'activité. Elle pourrait être effectuée à titre individuel ou lors d'éducation collective. Le suivi éventuel des patients serait organisé également dans un cadre défini et sous autorité médicale.
- Mission de collectivité

Il s'agit de l'élaboration de menus de préparation dans les cuisines de collectivité.

- Il est nécessaire d'encourager le développement du secteur de diététique libérale.

Cette activité pourrait être ouverte à des diététiciens avec, comme pour les kinésithérapeutes, une activité qui ne pourrait être envisagée que sur prescription médicale. Elle pourrait répondre à une nomenclature d'actes bien définis dans laquelle une large place aux prises en charge forfaitaires pourrait être faite. Un décret d'acte est indispensable. Le diététicien pourrait entrer dans les réseaux de soins en nutrition en médecine libérale

- La Formation doit être revue

La formation devrait conduire à prolonger la durée de 2 à 3 ans pour aboutir à une licence professionnelle en impliquant les UFR de médecine. La formation vers des masters permettrait de définir de nouvelles qualifications ouvrant en particulier des champs d'action plus médicalisés et/ou tournés vers l'éducation ou l'industrie.

1.3.4 La prise en charge des troubles de la vision

L'ophtalmologie est une spécialité qui va connaître une des plus fortes diminutions de densité de spécialistes au cours des 20 prochaines années. A partir d'un nombre évalué à 5345 professionnels au 1er janvier 2002, il y aura une diminution d'environ -45% en 2020 (DREES). Comme les autres spécialités elle connaît une forte disparité régionale avec la densité la plus faible en Nord-Pas de Calais (5,7/100 000 habitants) et la plus forte en Ile de France (13,3/100 000 habitants). Ces disparités régionales expliquent en grande partie les problèmes de délai d'attente dans certaines régions. Cette spécialité a un taux de féminisation important, 43,2%. L'activité est essentiellement libérale, 86%. Les troubles de la vue du fait du vieillissement de la population augmenteront d'ici 2020 d'environ 15%. Par ailleurs certaines directives ministérielles imposant le contrôle de la vue à des âges particuliers notamment pour les conducteurs automobiles à partir de 75 ans augmentera la charge de travail des professionnels.

1.3.4.1 Plusieurs métiers dont il faut redéfinir les contours et les attributions

➤ Les ophtalmologistes :

Ils considèrent que l'organisation de la délégation de compétences à des professionnels bien formés et bien identifiés est indispensable si l'on ne veut pas assister à une organisation parallèle de la prise en charge des troubles de la vue et à terme à des graves conséquences pour la santé de nos concitoyens. Les professionnels qui apparaissent bien identifiés pour ce transfert de compétences sont les orthoptistes. Cependant à l'instar de ce qui se passe dans certains cabinets et que nous avons décrit plus haut, les ophtalmologistes considèrent que cette délégation de compétences doit se faire au travers d'une collaboration entre ophtalmologistes et orthoptistes en favorisant la prise en charge selon une unité de temps et de lieu. Les ophtalmologistes considèrent également que la formation des orthoptistes avec ces futurs objectifs doit être améliorée.

➤ Les orthoptistes :

De l'avis unanime des professionnels eux-mêmes, la formation qui se fait au sein des facultés de médecine dans le cadre d'une Capacité Nationale est totalement à revoir. Les programmes datent de 1966 ! La formation théorique n'est absolument plus adaptée, la formation pratique est qualitativement très hétérogène quelquefois excellente, souvent médiocre.

Les professionnels acquièrent une compétence plus au travers de leur exercice que grâce à la formation dont ils ont pu bénéficier.

Par ailleurs la profession est mal connue, mal identifiée, les candidats à l'inscription à la capacité d'orthoptie sont peu nombreux alors que les besoins vont être importants.

La formation théorique doit être reconstruite en prenant en compte les nouvelles attributions dans le cadre du transfert de compétences (réfraction, tension oculaire, motilité oculaire etc....) et les acquisitions nouvelles à obtenir pour s'adapter aux progrès technologiques annoncés.

Elle doit être insérée, selon les professionnels, dans le système LMD.

Enfin, pour obtenir une formation théorique et pratique et un suivi de qualité des étudiants il est essentiel de prévoir un encadrement par des professionnels ayant rang d'enseignant rattachés de manière statutaire aux facultés de médecine.

➤ Les opticiens :

Ils sont formés par un BTS sans aucune connexion avec le monde médical et les facultés de médecine. Leur formation est considérée par les professionnels comme excellente. Ils revendiquent un décret de compétence leur permettant d'intervenir dans le renouvellement des dispositifs médicaux en considérant que certaines visites auprès des ophtalmologistes pourraient être obligatoires et que les opticiens s'occuperaient des périodes situées dans l'intervalle. Les opticiens considèrent qu'ils pourraient être à l'origine de renouvellement de dispositifs médicaux et donc il n'y aurait pas de transfert de compétence mais un transfert d'actes.

➤ Les optométristes :

Il s'agit d'un métier non enregistré dans le Code de la Santé Publique. La formation de niveau maîtrise est suivie par des opticiens à la sortie du BTS ou après quelques années de pratique. La formation se fait dans les facultés de sciences sans aucune connexion statutaire avec les facultés de médecine ni à Orsay ni à l'Université Aix-Marseille III. Les optométristes entendent jouer un rôle diagnostique tout en restant des commerçants, détectant les anomalies de la réfraction et vendant les moyens de correction optique.

1.3.4.2 Les conclusions des rapports de mission

Pour faire face aux difficultés annoncées le rapport Berland¹ incite fortement à une collaboration active entre les ophtalmologistes et les orthoptistes. Il écarte a priori l'introduction de la prise en charge de la vision par les opticiens qui ont en charge la vente des lunettes.

Le rapport sur la situation actuelle de la profession d'ophtalmologiste présenté et voté à l'unanimité par l'Académie de Médecine³² rejoint en tout point les conclusions du rapport Berland considérant qu'il était inacceptable de confier des malades à des techniciens formés ailleurs qu'en Faculté de Médecine et de considérer qu'il peut y avoir un lien entre l'acte de prescription et l'acte de vente. L'Académie de Médecine considère entre autre que l'articulation triangulaire fondée sur la collaboration actuelle entre les ophtalmologistes, les orthoptistes et les opticiens ne rend pas nécessaire l'introduction d'une quatrième catégorie professionnelle.

1.3.5 L'organisation de la prise en charge du handicap dans notre pays peut être améliorée

Plusieurs acteurs sont identifiés pour la prise en charge des patients handicapés. Les médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation des médecins généralistes, les kinésithérapeutes, les infirmières, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les aides-soignantes. A ces professions médicales et paramédicales il faut y associer les travailleurs sociaux et les orthoprothésistes. Il y a donc de nombreux acteurs concernés chacun devant intervenir à son juste niveau de compétence. Toutefois quelques évolutions préoccupantes se font jour. Les masseurs-kinésithérapeutes ont parfois une pratique professionnelle qui s'éloigne de leur domaine de compétences. Il est difficile de trouver des kinésithérapeutes libéraux prodiguant des soins à domicile à une personne handicapée. Le niveau de rémunération inadapté à la lourdeur de la prise en charge explique probablement ce constat. Celui-ci peut être également fait pour les infirmières.

Les médecins généralistes déclarent seulement à une faible majorité (52%) se sentir vraiment à l'aise dans la prise en charge des personnes handicapées physiques et à une minorité (39%) vis-à-vis des personnes handicapées mentales.

Les obstacles sont multiples liés à la complexité et l'accessibilité du système de prise en charge et à la complexité des situations des patients eux-mêmes³³.

¹ Mission « Démographie des professions de santé » Rapport n°2002135 Novembre 2002

³² H. HAMARD : Rapport sur la situation actuelle de la Profession d'Ophtalmologiste, avril 2003 – Académie Nationale de Médecine

³³ La prise en charge du patient handicapé : URML PACA 2003

Il n'existe pas en France comme cela existe aux Etats-Unis les « Case-Managers », professionnels capables de coordonner l'insertion des personnes en situation de handicap.

La population de personnes en situation de handicap est importante en France et aura tendance à augmenter dans l'avenir. On considère qu'actuellement 8 millions de personnes sont atteintes de déficience motrice et ont besoin d'aide. Le vieillissement de la population entraînera un accroissement des effectifs de personnes dépendantes avec des difficultés pour leur maintien à domicile. Le rapport Berland fait état de la démographie des différents professionnels impliqués dans la prise en charge du handicap. Il a proposé une augmentation des flux de formation des orthophonistes et des ergothérapeutes.

Les médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation considèrent que leurs effectifs sont insuffisants dans les établissements et dans le secteur libéral pour faire face à la demande dans la mesure où ils sont les seuls qui ont été formés pour la démarche diagnostique.

Ils regrettent que les activités de bilan et de coordination des soins qui sont effectuées dans les établissements de médecine physique et de réadaptation ne soient pas réalisées en libéral faute d'une tarification de l'acte de bilan en médecine physique et de réadaptation.

Pour faire face au manque de médecins spécialistes, la fédération française de médecine physique et de réadaptation souhaite favoriser l'accès à la spécialité par la création de passerelles. Des médecins généralistes ou spécialistes d'autres disciplines ayant une activité dans le domaine du handicap depuis au moins 3 ans pourraient solliciter l'équivalence de la spécialité auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins après avoir obtenu un DIU de médecine de réadaptation.

Pour faire face aux difficultés d'accès des patients handicapés aux kinésithérapeutes et aux infirmières les professionnels proposent de favoriser et valoriser le travail dans le cadre de réseaux de soins de prise en charge du handicap.

De la même manière, la déprofessionnalisation de certains actes, aspiration bronchique, injection de valium intra-rectale aux enfants épileptiques..., peut permettre d'étendre à plusieurs acteurs la prise en charge du handicap.

Les professionnels prenant en charge le handicap, et cette idée est renforcée par l'enquête de l'URML PACA, souhaitent la création d'un nouveau métier coordonnant l'insertion des personnes en situation de handicap. Il s'agit d'apporter une formation polyvalente à la fois théorique et pratique dans les domaines de la santé du droit des personnes en situation de handicap, de la gestion des moyens mis à leur disposition et des nouvelles technologies de la communication utiles. Ces professionnels auront les compétences pour diriger des équipes pluridisciplinaires d'évaluation dans le cadre des guichets uniques départementaux, de structures médico-sociales comme les délégations départementales ou régionales d'association de personnes handicapées, comme les centres communaux d'action sociale, les établissements publics et privés accueillant des personnes en situation de handicap etc....

1.3.6 Coopération entre les professions de santé dans le domaine chirurgical

1.3.6.1 Des transferts de compétences qui s'ignorent

Comme pour les consultations infirmières il existe quelques exemples en France de délégations de tâches chirurgicales non formalisées à des infirmiers. Cela va de la pause d'un plâtre à l'ablation de broches osseuses ou à la « fermeture » des malades.

Par contre, il existe une barrière peu perméable entre l'intérieur et l'extérieur du bloc opératoire. En dehors de centres de chirurgie ambulatoire, peu d'infirmières de bloc exercent une activité régulière de consultation et / ou de soins pré ou post-opératoires.

1.3.6.2 Une nécessaire réflexion.

Les chirurgiens toutes spécialités confondues vont comme les médecins spécialistes vers une diminution sensible de leurs effectifs qui seront par ailleurs de plus en plus féminisés .

Le rapport Domergue³⁴ a évoqué le transfert de compétences en chirurgie comme une solution à envisager pour faire face aux difficultés annoncées.

La réflexion concernant ce transfert de compétences doit impliquer les infirmières de bloc opératoire diplômées d'état (IBODE).

Les IBODE sont des infirmières spécialisées, formées en 18 mois (3 ans de formation initiale et 18 mois de formation complémentaire). On recense suivant la profession environ 4500 IBODE. L'arrêté du 22 Octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier de bloc opératoire présente le programme de formation. Ce programme a pour objectif de développer des compétences d'infirmier spécialisé dont les caractéristiques sont les suivantes :

- Un infirmier de bloc opératoire apte à exercer les rôles d'infirmier circulant instrumentiste et aide-opératoire.
- Un infirmier de bloc opératoire apte à prendre en compte la gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement du secteur où il exerce et notamment la lutte contre les infections nosocomiales.
- Un infirmier de bloc opératoire bénéficiant d'un savoir professionnel lui permettant d'affirmer son identité professionnelle. Leur formation consiste à une formation à la fois théorique et pratique.

Les IBODE souhaitent une large concertation avec les chirurgiens sur la délégation d'actes chirurgicaux. Un questionnaire est adressé aux IBODE par la profession afin d'organiser une conférence débat au mois d'octobre au Centre Georges Pompidou avec les chirurgiens, notamment ceux dirigeant les écoles d'IBODE.

Les chirurgiens directeurs d'Ecoles que j'ai rencontrés sont prêts à conduire cette réflexion souhaitée par les IBODE et souvent par eux-mêmes afin d'évaluer l'intérêt de mettre en place des délégations de compétences qui pourraient se traduire par un gain de temps médical.

Parmi les délégations de compétences sont évoquées :

en pré-opératoire: l'information (Hygiène, infections nosocomiales...)

34 I.J. Domergue – Y.Guidicelli : la chirurgie française en 2003, les raisons de la crise et les propositions

en per-opérateur: l'installation du malade en position opératoire, la mise en place des champs opératoires, l'aide opératoire, certaines sutures notamment cutanées.
 en post-opérateur : suivi des pansements, visites.

1.3.7 En anesthésie : une répartition des tâches bien identifiée.

Les besoins en anesthésie sont importants dans une société tournée vers le tout sécuritaire. Ces besoins concernent les activités de soins (l'évaluation pré-opératoire, le suivi per opératoire et post-opératoire immédiat) mais également les activités de conseil dans différents comités : CLIN, Sécurité Transfusionnelle, Douleurs etc....Les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) étaient au 1 janvier 2002, 9926. Ils subiront une diminution de l'ordre de 35% d'ici 2020. Aussi la question est posée de savoir si les infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE) pourraient se voir transférer une partie des compétences des MAR.

Les IADE sont des IDE spécialisés au terme de 3 ans de formation IDE, 2 ans d'exercice et 2 ans de formation spécifique. Ils sont environ 8000 dont 6500 dans le secteur public et 1500 dans le secteur libéral. Leur décret de compétences a été revu en février 2002.

Aussi bien les représentants des MAR (la SFAR)³⁵ que ceux des IADE que j'ai auditionnés, ne souhaitent pas un élargissement de compétences des IADE. Ces derniers ont le souci de garder une collaboration étroite avec les MAR et considèrent que leur décret de compétences sont clairs et définissent bien le champ de leurs attributions. Par ailleurs les IADE ne sont pas disposés à être sous l'autorité et la responsabilité d'autres médecins que les MAR. Ainsi Ils ne sont pas prêts à assurer sous l'autorité des gastro-entérologues, notamment, les anesthésies nécessaires à la pratique d'endoscopies digestives.

Pourtant, les médecins gastro-entérologues considèrent que le transfert de compétences le plus urgent à envisager est celui de la sédation au cours des examens endoscopiques. En effet les gastro-entérologues considèrent que les examens endoscopiques relèvent dans la plupart des cas plus d'une sédation que d'une véritable anesthésie ou neuroleptanalgie impliquant la présence des anesthésistes. Ils considèrent que la sédation par le propofol, qui est la plus utilisée, pourrait être administrée par une infirmière spécialisée sous la supervision des médecins endoscopistes. Dans cette situation il s'agirait d'un transfert d'activités des anesthésistes vers les gastro-entérologues justifié par la simplification des techniques permettant la requalification d'une partie des actes de l'anesthésie au cours de l'endoscopie vers une simple sédation. Les patients et les actes relevant de la sédation ou de l'anesthésie pourraient être clairement identifiés notamment avec le concours des médecins anesthésistes réanimateurs

Les MAR et les IADE considèrent qu'une meilleure organisation des blocs d'intervention permettrait de libérer plus de temps médical que pourrait le faire un transfert de compétences. Les MAR toutefois évoquent la possibilité d'aller vers un fonctionnement qui conduirait à ce que un MAR soit responsable de deux salles d'opération en même temps, dans la mesure où un IADE serait présent dans chacune des salles.

La délégation de compétences en dehors des blocs opératoires dans le cas du transport secondaire ou primaire est une activité qui demande selon les MAR et les IADE une évaluation sérieuse.

35 SFAR : Société Française d'Anesthésie Réanimation

1.3.8 En obstétrique, vers une meilleure répartition des tâches plutôt qu'un transfert de compétences

La gynécologie-obstétrique est une spécialité qui va voir ses effectifs diminuer au cours des prochaines années. Il y avait 5101 gynécologues obstétriciens au 1 janvier 2002, la DREES considère qu'ils seront 4508 en 2020. Ces projections ne tiennent pas compte de la filiarisation récente de la spécialité et du nombre important de postes d'internes qui ont été orientés vers cette discipline au cours des 3 dernières années.

Les sages-femmes sont les partenaires médicaux naturels des gynécologues obstétriciens. La DREES recensait 15 122 sages-femmes au 1^{er} janvier 2002 et prévoyait des effectifs de l'ordre de 17 000 en 2020.

Les sages-femmes possèdent un statut de personnel médical à compétences définies et encadrées. Elles sont formées pour assurer le suivi de la grossesse normale et l'accouchement normal. La pratique témoigne cependant d'un décalage progressif entre les objectifs professionnels qui leur sont assignés et l'exercice réel de leur métier. Les sages-femmes sont en effet de plus en plus souvent employées à la surveillance des grossesses pathologiques. Ce décalage pose la question de l'articulation de la profession avec les autres intervenants que sont les obstétriciens, les pédiatres et les puéricultrices.

Les sages-femmes ont un statut qui les autorise à exercer une compétence réelle dans le cadre de la grossesse normale. Ceci étant elles se plaignent d'un manque de reconnaissance de leur profession par les gynécologues obstétriciens et de la grande disparité d'activités et de pratiques entre le monde hospitalier et le monde privé. Il s'agit donc dans le cadre des rapports entre les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes plus de prévoir l'organisation du travail en toute collaboration que d'envisager des transferts de compétences à une profession dont la compétence pleine et entière en matière d'accouchement non pathologique est établie. Les sages-femmes évoquent quelques modifications législatives qui permettraient un réajustement de leurs compétences.

- compétence reconnue en matière de prévention,
- compétence en matière de déclaration de grossesse,
- compétence de la visite post-natale de la mère lors d'une grossesse normale,
- droit de prescription dans le périmètre de leur compétence nécessaire à l'exercice de leur profession,
- mise à disposition des sages femmes libérales de plateaux techniques et de lits dédiés à la prise en charge des accouchements normaux.

Ces demandes ont été prises en compte au cours de la mission sur la périnatalité (juillet 2003) confiée par le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées aux Professeurs G. BREART, F. PUECH et J.C. ROZE.

1.3.9 Un transfert de compétences en Psychiatrie difficile à organiser

Les auditions que j'ai pu mener lors de la mission « démographie des professions de santé » et les échanges que j'ai pu avoir avec les psychiatres ont révélé de réelles difficultés à envisager le transfert de compétences dans le champ de cette spécialité.

En effet si certains professionnels considèrent souhaitable la mise en perspective de collaborations organisées avec les psychologues cliniciens, d'autres la trouvent inutile ou non souhaitable.

La mission « démographie des professions de santé » avait pointé le transfert de compétences dans ce domaine comme souhaitable pour plusieurs raisons :

- la spécialité psychiatrie sera touchée par une baisse de ses effectifs dans les 20 années à venir,
- un grand nombre de patients sont pris en charge par les psychiatres pour du mal être et non pour une pathologie qui nécessite l'intervention d'un psychiatre. On assiste ainsi à une diminution des professionnels et en parallèle à une augmentation exponentielle de la demande en secteur libéral ou hospitalier.

Il apparaît donc indispensable d'identifier les activités aujourd'hui prises en charge par les psychiatres et qui pourraient être transférées à des non-médecins.

Il est nécessaire de fixer le niveau de formation des professionnels vers qui le transfert pourrait se faire.

Le schéma de collaboration basé sur les grands principes que nous avons énoncés plus haut serait à appliquer pour ce transfert.

La mission « prise en charge de la santé mentale » devra se fixer comme priorité ces objectifs.

Dès à présent, certains psychiatres souhaitent une réflexion pour aboutir à des propositions sur la base d'une concertation entre psychiatres et psychologues.

2- PROPOSITIONS

2.1. Vers une nécessaire mise en perspective du transfert de compétences

Tout en tenant compte des particularités liées à notre système de soins et à l'exercice de la médecine en France, l'analyse des pratiques nord-américaines et européennes et la synthèse des entretiens que j'ai pu avoir avec les différents professionnels de notre pays, m'amènent à conclure qu'il est indispensable et urgent d'envisager le transfert de compétences.

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

Il est possible d'identifier quelques transferts nécessaires ou souhaités, de les mettre en perspective selon des principes et règles bien définis, de les expérimenter en les évaluant avant de les valider, de prévoir la mise en place des formations nécessaires à l'exercice plein et entier des nouvelles compétences et à la création de nouveaux métiers.

En fait dans le domaine des délégations de compétences deux situations se présentent :

- La première répond à une activité médicale spécialisée qui peut s'appuyer sur des partenaires médicaux ou paramédicaux naturels. C'est le cas par exemple de l'ophtalmologie avec les orthoptistes, de la radiologie avec les manipulateurs en électroradiologie médicale.
- La deuxième correspond à la possibilité de partage de compétences vers des acteurs dont il conviendrait de construire le métier et donc la formation. C'est le cas, d'une part de plusieurs spécialités à forte valence médico-technique et d'autre part de spécialités impliquées dans le suivi de pathologies chroniques dont la prise en charge est clairement codifiée.

2.2. Des grands principes à respecter.

Je considère que quelques grands principes doivent présider à la construction de la délégation de tâches.

➤ La formation.

La légitimité de la délégation viendra de la compétence et donc de la formation. Lorsque le métier existe il est indispensable d'envisager une meilleure formation des acteurs médicaux et para-médicaux susceptibles d'accepter le partage de tâches, soit en modifiant la formation actuelle sans modifier la durée des études, soit en allongeant la durée de la formation. Lorsque le métier n'existe pas, la construction des programmes devra tenir compte de la nécessité

d'une formation théorique et pratique de qualité permettant aux acteurs d'obtenir non seulement des connaissances mais également des compétences transférables.

La formation des acteurs médicaux et paramédicaux susceptibles d'accepter le transfert des compétences devra rapidement s'inscrire dans le cadre du LMD professionnel sans attendre les résultats de la réflexion aujourd'hui engagée sur la première année commune des études de santé.

Elle devra prévoir également dans ce système, le niveau d'études qui sera exigé pour la formation des futurs cadres enseignants de la filière.

Les formations devront être construites de manière à permettre aux professionnels d'utiliser les acquis de leur formation pour construire des passerelles entre différents métiers de la santé.

Les formations devront être inévitablement rattachées aux Facultés de Médecine même si elles pourront faire appel à des intervenants venant d'autres secteurs du monde universitaire ou professionnel.

En ce sens, il est indispensable et urgent que cette mission soit étendue à une mission interministérielle, Ministère de la Santé et Ministère de l'Education Nationale. Compte tenu du Projet de Loi de Décentralisation, il est important que les Conseils Régionaux soient associés à la réflexion avec pour objectif de définir le niveau de formation reconnu dans le système LMD de chacun des métiers de la santé et de préciser les quotas de formation de chaque filière sur la base des informations recensées par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

➤ **La relation entre le médecin et les acteurs para-médicaux.**

La délégation de compétences pour être efficace et efficiente doit impérativement s'appuyer sur une collaboration étroite entre les différents acteurs. Cette collaboration passe par une unité de lieu d'exercice géographique ou virtuelle (cas de professionnels intervenant zone démedicalisées et reliées par télé-médecine au cabinet médical) des différents intervenants qui devront être regroupés au sein de structures de soins pluridisciplinaires. Le médecin qui transfère l'activité médico-technique doit garder la responsabilité de la prescription et des actes. Il serait en effet totalement inopérant de permettre à plusieurs acteurs de niveaux de formation totalement différents de pouvoir directement effectuer les mêmes actes. Très rapidement cela aboutirait d'une part à une concurrence non souhaitable mais également à la multiplication des actes. Les patients pourraient en effet dans un grand nombre de cas aller consulter d'abord un acteur para-médical puis un acteur médical pour le même motif. On aboutirait rapidement à ce qui se passe au Royaume Uni pour la prise en charge des troubles de la vision et que nous avons rappelé dans la première partie du rapport.

➤ **La définition du champ de compétence des acteurs para-médicaux.**

Il faut cesser de codifier les domaines d'activité des différents métiers par des listes d'examens, d'actes ou de thérapeutiques susceptibles d'être réalisés ou prescrits. En effet ceci aboutit rapidement à des décrets de compétence totalement obsolètes car ils ne sont pas régulièrement toilettés. Les exemples que l'on pourrait donner sont multiples. Les textes réglementaires devront plutôt s'attacher à décrire les contours des métiers dans leurs grands principes et à donner aux acteurs les moyens d'exercer leur profession pleinement en fonction

d'une compétence acquise au travers d'une formation qui aura au préalable défini ses objectifs.

➤ **La formation continue.**

Il est indispensable d'exiger la formation continue de tous les métiers médicaux et paramédicaux au même titre que pour la Formation Médicale Continue.

➤ **La revalorisation de l'investissement intellectuel**

L'organisation du transfert de tâches et de compétences doit s'inscrire dans une politique de revalorisation de l'investissement intellectuel aux dépens de l'acte médico-technique.

2.3. Des transferts sur des acteurs bien identifiés.

Des transferts de compétences sont ainsi à faire sur des acteurs paramédicaux bien identifiés dont il faudra toutefois soit assurer le complément de formation soit revoir la formation.

2.3.1 En imagerie médicale

➤ **L'échographie**

Dans un cadre réglementaire, les manipulateurs en électroradiologie médicale pourraient appliquer certains protocoles d'acquisition du signal de l'image en échographie leur conférant le titre d'**Echographiste**. Le décret n° 97-1057 du 17 novembre 1997 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale doit être modifié. La rédaction actuelle du décret est la suivante :

Article 2 : sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité à accomplir les actes suivants :

- 1 – dans le domaine de l'imagerie médicale...
- g – recueil de l'image et du signal, sauf en échographie
- i – aide à l'exécution par le médecin des actes d'échographie.

La proposition: Article 2 sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité à accomplir les actes suivants :

- 1 – dans le domaine de l'imagerie médicale...
- g – recueil de l'image ou du signal. En échographie, cet acte est autorisé selon les dispositions de l'article 3 ;
- i – aide à l'exécution par le médecin des actes d'échographie pour les manipulateurs ne répondant pas aux dispositions de l'article 3.

Article 3 : par délégation, sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin qualifié en échographie en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, les manipulateurs ayant bénéficié dans un domaine précis de cette spécialité, au titre de l'adaptation à l'emploi, d'une formation validée, peuvent, dans ce domaine uniquement, appliquer des protocoles d'acquisition de l'image et du signal définis pour chaque patient par

le médecin sus-cité qui rédige et signe le compte-rendu médical final. Le contenu de la formation validée sera précisé par un arrêté du Ministère de la Santé.

Le contenu de la formation théorique et pratique étalé sur une année doit faire l'objet d'une validation par les instances universitaires nationales de la profession et donner lieu à un diplôme ayant une reconnaissance nationale.

➤ Le traitement d'images

L'exploitation informatique des acquisitions (reconstruction 3D, fusion d'images...) liées aux modalités modernes comme l'IRM, le scanner, le pet-scan pourrait être confiée en application de protocoles médicaux à des manipulateurs radio.

Un complément de formation d'une année devra être nécessaire pour acquérir une compétence dans ce domaine.

2.3.2 En radiothérapie : les dosimétristes

Un métier de **dosimétriste** doit être identifié avec un exercice placé sous la responsabilité des radiothérapeutes. Cette compétence doit être obtenue au cours d'une année de formation après l'obtention du diplôme de manipulateur en électroradiologie médicale. Le programme de formation devra être national placé sous la responsabilité des médecins radiothérapeutes.

2.3.3 En ophtalmologie

Il est nécessaire de prévoir sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin ophtalmologue capable d'intervenir à tout moment un transfert de tâches et de compétences vers les **orthoptistes** d'un certain nombre d'actes aujourd'hui de la seule compétence des ophtalmologistes. On peut citer :

les mesures (lunettes, réfractomètre, tonomètre automatisé) et la réfraction,
l'examen de la vision binoculaire,
l'exécution d'un relevé de champ visuel,
l'information sur les examens à pratiquer,
la participation à l'adaptation des lentilles.

Les nouvelles compétences justifient de revoir la formation des orthoptistes sans allonger la durée de la formation qui est de 3 ans.

Les orthoptistes actuellement en exercice pourront accéder aux nouvelles délégations d'actes par une formation complémentaire au travers d'un DIU ou, le cas échéant, grâce à la validation des acquis et de l'expérience.

Les opticiens ou les optométristes devront pouvoir accéder au diplôme d'orthoptiste en faisant valoir leurs acquis professionnels et moyennant un complément de formation qui devra être défini à la fois par les ophtalmologistes, les orthoptistes et les opticiens.

Pour répondre aux besoins de la prise en charge des troubles de la vision dans les zones démedicalisées, il faut envisager que l'orthoptiste puisse intervenir de manière isolée en collaboration avec un ophtalmologiste, avec lequel il pourrait être relié dans l'exercice de son métier par la télé-médecine.

2.3.4. *En chirurgie*

En chirurgie, il est nécessaire qu'une concertation ait lieu entre les chirurgiens, notamment ceux responsables d'écoles de formation des IBODE et les **IBODE**, pour planifier un transfert de tâches qui libèrera du temps médical.

En ce sens, la réunion prévue a mois d'octobre à l'hôpital Georges Pompidou sera vraisemblablement un moment important qui permettra d'envisager à la fois la mise en place d'expériences et la planification de la formation adaptée aux transferts de tâches envisagés.

2.4. Des transferts de compétences vers de nouveaux métiers de soins.

2.4.1 *Les Infirmières Cliniciennes Spécialistes*

Différents secteurs d'activité médicale généralistes ou spécialisés laissent apparaître le besoin d'identifier des infirmières spécialisées capables par leur formation d'assurer un transfert de compétences dans le cadre d'une activité collaborative. A cours des rencontres que j'ai eues, j'ai pu identifier un certain nombre d'activités mais elles auraient certainement pu être multipliées si le temps m'avait été donné pour rencontrer toutes les disciplines médicales et chirurgicales.

Ainsi, il apparaît souhaitable de créer le métier d'**Infirmière Clinicienne Spécialiste** à l'instar de ce qui a été fait avec les Infirmières Anesthésistes Diplômées d'Etat (IADE) dans le domaine de l'anesthésie, des infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (IBODE) dans le domaine de la chirurgie, et des puéricultrices en Pédiatrie, en sachant qu'une formation théorique plus poussée que celle délivrée actuellement par ces trois spécialités sera nécessaire.

Je propose d'envisager un schéma de formation des infirmières proche de ce qui se met en place actuellement au Québec à l'Université de Montréal.

Après les trois années d'études conduisant au diplôme d'Infirmière Diplômée d'Etat, les infirmières ainsi titulaires d'un niveau de formation Licence Professionnelle en soins Infirmiers auraient la possibilité de se spécialiser pour atteindre le grade de Master. Ce Master infirmier pourrait être décliné en trois options :

- Gestion, pour former les cadres de santé
- Formation, débouchant sur le métier d'enseignant
- Soins, préparant aux Infirmières Cliniciennes Spécialistes.

Cette dernière option devrait pouvoir se décliner en différentes spécialités conduisant aux pratiques spécialisées (FIGURE 1).

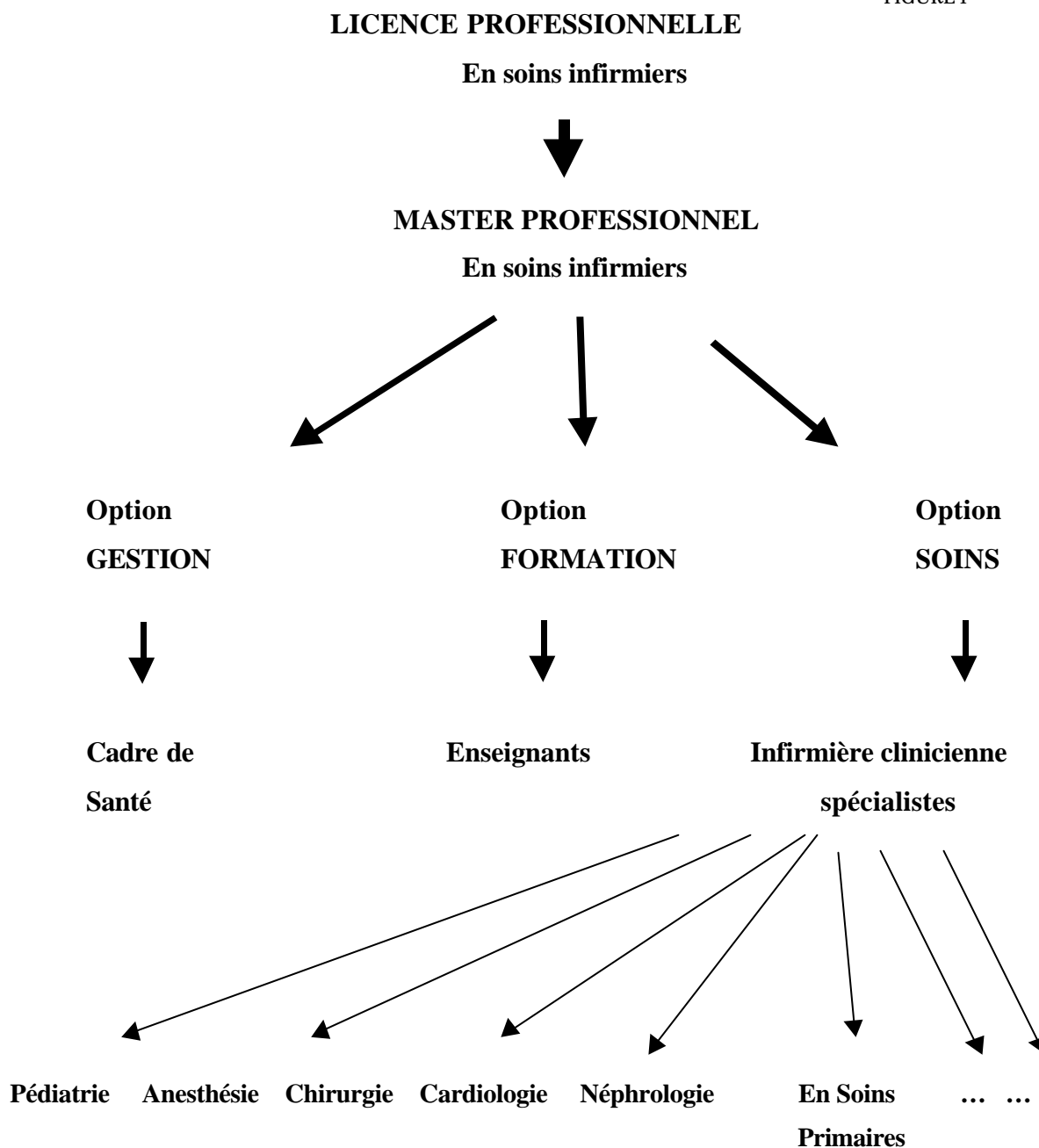
Le Master mention « Soins Infirmiers » comprendrait une première année de formation commune, la deuxième année étant réservée à une formation spécifique à l'option.

L'intérêt de ce schéma est de permettre à une Infirmière Clinicienne Spécialiste de pouvoir se diriger vers d'autres pratiques au cours de sa vie professionnelle moyennant un complément de formation tenant compte de ses acquis de formation.

- Ces Infirmières Cliniciennes Spécialistes pourraient avoir différentes missions :

- Participation au suivi en consultation des maladies chroniques suivant une procédure parfaitement établie par les médecins et en concertation avec lui.

FIGURE 1



- Coordination des examens de suivi et de reconduction
- Suivi de la bonne exécution des traitements et surveillance de leur tolérance
- Intervention dans le domaine de la prévention, de l'éducation et du dépistage.

➤ Plusieurs disciplines sont en demande, à titre d'exemple

a – En Gastro-entérologie

Il pourrait être confié à des **Infirmières Cliniciennes Spécialistes** sous l'autorité des médecins spécialistes :

- Le suivi des maladies chroniques : hépatite C, patients cirrhotiques, patients atteints de maladies inflammatoires chroniques et de l'intestin.
- Le suivi des patients atteints de cancers digestifs et soumis à des endoscopies itératives.
- La réalisation des examens d'exploration fonctionnelle digestive.

b – En Cardiologie

Le rôle de l'**Infirmière Clinicienne Spécialiste** serait la prise en charge clinique des pathologies cardiovasculaires notamment l'insuffisance cardiaque chronique pour l'éducation, le pronostic, le dépistage, la coordination de réseaux de soins.

L'aide technique en Cardiologie notamment pour la réalisation non invasive de l'échographie répond à un besoin bien identifié. Les infirmières cliniciennes spécialistes en Cardiologie ou les manipulateurs en électroradiologie spécialistes en échographie pourraient accéder à l'échocardiographie et au métier d'**échocardiographiste** moyennant un complément de formation théorique et pratique au travers d'un diplôme d'université organisé par le collège des enseignants de Cardiologie spécialistes en échocardiographie.

c- En Néphrologie

Les **Infirmières Cliniciennes Spécialistes** pourraient se voir transférer sous l'autorité des médecins spécialistes un certain nombre d'activités :

- Au cours du suivi des malades ayant une insuffisance rénale chronique : suivi de paramètres cliniques et biologiques préalablement définis, planification du suivi biologique...
- Au cours de la préparation au traitement substitutif par dialyse : éducation, information.
- Au cours du suivi du patient dialysé : surveillance d'éléments directement liés à la dialyse, surveillance biologique, surveillance des vaccinations...
- Au cours du suivi des malades transplantés : surveillance des paramètres cliniques et biologiques avec alerte aux médecins en cas d'anomalies pré-établies.

d- En Cancérologie

Des **Infirmières Cliniciennes Spécialistes** devraient pouvoir prendre en charge l'exécution pratique de la chimiothérapie, la consultation de reconduction de chimiothérapie, la surveillance post thérapeutique pour les patients en rémission complète selon un protocole clairement établi par le médecin spécialiste.

e – En Diabétologie

Une **Infirmière Clinicienne Spécialiste** pourrait selon un protocole pré-établi par le médecin spécialiste, prendre en charge une partie du suivi des patients diabétiques avec une action centrée sur l'éducation, le conseil et la surveillance de paramètres biologiques simples.

f- En soins primaires

Des **Infirmières Cliniciennes Spécialistes** de soins primaires doivent être identifiées pour participer au sein de cabinets de groupe de médecine générale à la prise en charge de patients dans le cadre du conseil, de l'éducation, de la prévention, du suivi de traitements.

Bien évidemment et je l'ai déjà dit, ces exemples sont donnés à titre indicatif mais ils pourront être multipliés après la mise en place des premières expérimentations.

2.4.2 Les Diététiciens de Soins

L'alimentation est une préoccupation des français et une analyse récente retrouve que 30% des Français ont un surpoids. Les médecins pour des raisons de formation et donc de compétences ou de temps disponible consacrent peu de temps au conseil diététique. Pourtant il est considéré comme un élément central des stratégies de prévention et joue un rôle dans la politique de santé publique. Les traitements diététiques participent également pour beaucoup de pathologies à la première ligne d'intervention et permettent de réduire la prescription de médicaments.

Il est donc essentiel de mieux identifier et de valoriser les activités de diététicien pour cela il faut identifier **les diététiciens de soins** capables de prendre en charge sur prescription médicale des carences d'apport ou les apports inadaptés à une situation médicale. Ces diététiciens de soins devront bénéficier d'une prolongation de durée de formation de 2 à 3 ans pour aboutir à une licence professionnelle en impliquant les Facultés de Médecine.

Cette activité pourrait être ouverte comme pour les kinésithérapeutes, seulement sur prescription médicale. Elle pourrait répondre à une nomenclature d'actes bien définis dans laquelle une large place aux prises en charge forfaitaires pourrait être faite. Cela permettrait d'intégrer les diététiciens dans les professions paramédicales. Le diététicien pourrait entrer dans les réseaux de soins en nutrition en médecine libérale.

2.4.3 Les Coordonnateurs du Handicap

Il est nécessaire d'assurer la formation de professionnels capables de coordonner l'encadrement polyvalent des personnes en situation de handicap.

Ces professionnels de niveau de formation Master doivent bénéficier d'une formation en Médecine, Droit, Sciences de gestion, Communication...

Une ou deux universités françaises devraient être identifiées du fait de leur forte implication dans le domaine de la prise en charge du handicap pour assurer la formation.

2.4.4 Les Psychologues praticiens

Il est nécessaire d'envisager la part de l'activité aujourd'hui assurée par les psychiatres qui doit être confiée en toute collaboration à des « **psychologues praticiens** » formés à la fois par les Facultés de Psychologie et les Facultés de Médecine pour construire ce nouveau métier qui répond à un besoin clairement identifié. L'exemple de la psycho-oncologie est probablement à mettre en avant.

2.5 Des expérimentations à débiter

Quelques expérimentations de transfert de tâches et de compétences vont débiter ou pourront être organisées au cours du quatrième trimestre 2003.

La liste précise des actes ou activités délégués et les conditions du transfert de compétences seront établis par les médecins, en concertation avec les acteurs paramédicaux, et feront l'objet de la rédaction de protocoles précis.

Les acteurs paramédicaux suivront au cours de l'expérience une formation pratique et théorique.

Ces expérimentations devront être évaluées par des spécialistes mobilisés par le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé pourrait être saisi pour coordonner les expérimentations.

Ces expérimentations évaluées pourront être secondairement étendues à différents domaines d'activité médicale pour servir de socle à une nouvelle organisation du système de soins dans notre pays.

- Le Professeur Geneviève DERUMO, Présidente de l'Association de Cardiologie de Haute-Normandie, qui exerce dans le service de Cardiologie du CHU de Rouen et le Professeur Gilbert HABIB du CHU de Marseille, qui sont des experts dans le domaine de l'**Echocardiographie**, vont conduire une expérience de transfert de tâches de l'Echocardiographie à un acteur paramédical .
- Le Professeur Françoise MIGNON, qui exerce au CHU Bichat à Paris et le Docteur Isabelle LANDRU de l'Hôpital Bichon à Lisieux, conduiront une expérimentation de transfert de tâches, d'une part en consultation pour le **suivi des insuffisants chroniques**, d'autre part pour le **suivi de patients dialysés**.
- Le Professeur KREMPF du CHU de Nantes évaluera l'intérêt de la **consultation diététique** par un diététicien pour le suivi de patients diabétiques de type II.
- Le Professeur P. BEY, radiothérapeute à l'Institut Curie à Paris, évaluera le métier de **dosimétriste**. Le Docteur BERGEROT à Saint-Nazaire et le Professeur D. KHAYAT à l'AP-HP Pitié-Salpêtrière suivront une expérience **d'Infirmières Cliniciennes Spécialisées en Oncologie**.

- Le Professeur J.N. DACHER au CHU de Rouen, le Docteur J.L. ULRICH du CHG de Metz et le Docteur J. BESSE à la Clinique Pasteur à Toulouse pourront évaluer la pratique de l'**échographie** par un manipulateur en électro-radiologie médicale formé à cette activité.
- Le Professeur G. FRIJA à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, le Professeur J.M. HERVOCHON au Centre Hospitalier La Rochelle et de Docteur JL DEHAENE à Lille auront pour mission d'assurer le transfert de compétences dans le domaine du **traitement de l'image**.
- Le Docteur NALLET au Centre Hospitalier de Montélimar et le Pr DHUMEAUX au CHU de Créteil à Paris pourront confier à des **Infirmières Cliniciennes Spécialisées** en hépato-gastro-entérologie le suivi de pathologies chroniques. Le Pr DORVAL au CHU de Tours pourra observer le transfert de compétences en matière d'**exploration fonctionnelle digestive**.
- Il faudra suivre en collaboration avec les Docteurs Philippe BOUTIN, Stéphane BOUGES et Yann BOURGUEIL l'expérience de la **délégation de tâches en cabinet médical de médecine générale**, initiée par l'URML Poitou-Charentes.
- Il faudra suivre avec le Docteur Jean-Baptiste ROTTIER l'expérience du «réseau d'examen de la vision et d'accès aux soins ophtalmologiques dans le département de la Sarthe », dont le principal objectif est de tester une nouvelle **collaboration entre les ophtalmologistes et les orthoptistes**.
- Il faudra suivre les résultats du transfert de tâches pour le **transport primaire et secondaire des patients** par les **infirmières** au CHG de Toulon-la Seyne Sur Mer.

2.6 Une concertation à organiser pour avancer vers le transfert de compétences dans quelques domaines d'activité

- Un travail collaboratif doit être engagé entre les chirurgiens, notamment ceux responsables d'Ecoles de Formation IBODE, et les IBODE pour organiser des expériences sur le transfert de tâches **dans le domaine chirurgical**.
- La communauté des spécialistes de Gastro-Entérologie doit décider de l'intérêt, dans le contexte du dépistage du cancer du colon en France, du transfert de la pratique de la coloscopie à des **Infirmières Spécialistes Cliniciennes**.
- Une concertation doit s'engager entre les Médecins Anesthésistes Réanimateurs, les Gastro-Entérologues et les IADE pour définir si, et dans quelles conditions, un transfert de compétences de la sédation, lors des endoscopies, pourrait se faire au profit des Gastro-Entérologues .
- Les Psychiatres doivent se pencher sur la partie de leur activité qui pourrait être transférée, sous leur contrôle, à des **psychologues praticiens** dont ils envisageraient le juste niveau de formation.

- L'organisation de la répartition des tâches pour la prise en charge des grossesses normales doit s'appuyer sur une collaboration entre les gynécologues-obstétriciens et les **sages-femmes** qui prendra en compte la juste compétence des différents acteurs.

Si la mission est consacrée au transfert de tâches et compétences du médecin vers les autres professions médicales ou paramédicales, il n'en demeure pas moins qu'une réflexion doit être rapidement engagée pour transférer certains actes, certaines tâches et compétences, des **acteurs paramédicaux** vers **d'autres acteurs paramédicaux ou sociaux**.

Je peux reprendre ainsi la proposition de la Mission « Démographie des Professions de Santé » qui souhaitait voir s'organiser la prise en charge, par des aides soignantes, des actes de la vie courante des sujets ou des patients dans l'incapacité de les accomplir de manière temporaire ou définitive.

Ce rapport d'étape sera suivi, au cours du premier trimestre 2004, du rapport définitif de la mission qui fera état du résultat des expérimentations proposées.

ELEMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

1. Mission « Démographie des professions de santé » Rapport n°2002135 Novembre 2002
3. Mundiger MO et al Jama 2000
4. Guide d'application de la nouvelle loi sur les infirmières et infirmiers et de la loi modifiant le Code des Professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la Santé. Avril 2003 Code National des infirmières et infirmiers du Québec www.oiiqo.org
5. CREDES : « Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires : revue de la littérature 1970-2002 »
6. Buschan : « Bulletin of the World Health Organisation 2002 »
7. Sibbald: « Critical Public Health 2000 »
8. Conditions for education of Radiographers within Europe, ISRRT 2003
9. RC Price et al Longitudianl changes in extended roles in Radiography
10. Le Médecin Electro-Radiologiste, février 2001 numéro 236
11. P. Gerson, Rapport de la Commission des Relations Internationales AFPPE avril 2003
12. Shoenfeld et al : Gastroenterology 1999
13. Gross : Gastroenterology 2000
14. Pathmakanthan et al : Journal of Advance Nursery 2001
15. Shoenfeld et al : Gastroenterology 1999
16. Douglas et al :American Journal of Gastroenterology 2002
17. Norton et al : Journal of the Royal Society of Medecine 2002
18. Ehler D. Journal American Society of Echocardiography Sonographer Training and Education Committee, janvier 2001
19. Th. Bour : Royaume-Uni, prise en charge des problèmes visuels – Commission Normalisation et Réglementation, S.N.O.F. juin 2003
20. MELY René: exercice de l'ophtalmologie en Allemagne- bilan d'une décennie de réformes
21. Société Canadienne d'ophtalmologie: mémoire à la commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, juin 2002
22. Bolton WK : American Journal of Kidney Diseases 1998
23. Bolton WK : Am Soc Nephrology 1998
24. Onight CA et al : Dialysis and Transplantation 2002
25. Jacobs C : Actualités Néphrologiques 2003
26. American Academy of Physician Assistants www.aapa.org/glance.html

27. **Le Journal de l’Infirmière, numéro 23 avril 1996**
28. **Savoir et pratiques « Soins », numéro 674 avril 2003**
29. **M. KREMPF : Rapport sur l’évolution du métier de diététicien, 2002**
30. **Rapport Descours, mai 2003**
31. **Société Française de Cardiologie : Groupe de réflexion « Démographie Médicale en Cardiologie » 2001**
32. **Mission « Démographie des professions de santé » Rapport n°2002135 Novembre 2002**
33. **H. HAMARD : Rapport sur la situation actuelle de la Profession d’Ophtalmologiste, avril 2003 – Académie Nationale de Médecine**
34. **La prise en charge du patient handicapé : URML PACA 2003**
35. **SFAR : Société Française d’Anesthésie Réanimation**