

La France est-elle prête au transfert de tâches en médecine générale ?

Le transfert de certaines tâches professionnelles du médecin généraliste vers des auxiliaires de soins (infirmières) existe depuis plus de dix ans dans les pays anglo-saxons. Pourquoi et comment les médecins français peuvent-ils intégrer ce concept dans l'organisation actuelle des soins ? C'est dans le cadre du conseil, de la surveillance et de l'éducation du patient que l'assistante médicale a trouvé sa place. Le cadre juridique et la formation nécessaire restent à définir en France.

La diminution annoncée et déjà sensible du nombre des médecins généralistes qui exercent en soins primaires suscite une réflexion sur leur organisation en France. Dans ce cadre, le partage des tâches, entre les médecins et les infirmières*, trouve un intérêt croissant. L'élargissement constant du champ de nos connaissances nous incite à redéfinir le cadre de nos actions. Cette délégation d'actes de soins primaires a fait l'objet d'expérimentations et de travaux déjà avancés dans certains pays, essentiellement anglo-saxons. Développées dans des contextes différents, ils permettent de comprendre quelles sont les principales tâches déléguées aux infirmières, et d'apprécier l'efficacité d'une telle pratique. L'analyse des responsabilités confiées aux infirmières françaises peut nous aider dans cette réflexion. Les responsabilités et la formation professionnelle liées à cette mutation sont à définir.

EN FRANCE : UN CADRE LÉGAL RESTRICTIF MAIS DE PREMIÈRES AVANCÉES

La présence d'un secteur libéral infirmier constitue une particularité française.

En ce qui concerne les compétences infirmières, la loi distingue, dans le décret n° 2002-194 du 11 février

2002, les actes infirmiers délégués et les actes qui leur sont propres.

Parmi les actes délégués, on distingue :

- des actes réalisés sur prescription médicale, mais de manière autonome (p. ex. : les vaccinations ou les enregistrements d'électrocardiogrammes) ;
- des actes réalisés sur prescription médicale, mais à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment (p. ex. : injections de produits d'origine humaine) ;
- les gestes techniques auxquels l'infirmier peut participer en présence d'un médecin (p. ex. : première injection d'une série d'allergène) [art. 5-6-7-8-9].

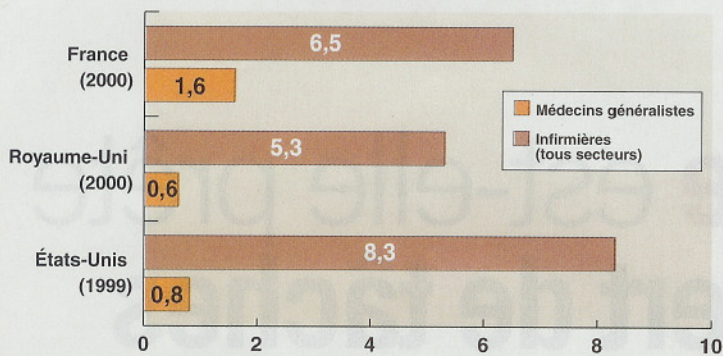
La définition du « rôle propre infirmier » est transcrite dans l'article 3 : « Relèvent du rôle propre infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles 5 à 9.

Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la

Par **Christophe Paul**, généraliste remplaçant, faculté de médecine de Rouen, chrispnet@wanadoo.fr ; **Pierre Fainsilber**, chargé d'enseignement à la faculté de Rouen, membre de IFED-MG, 27600 Gaillon, Pierre.fainsilber@wanadoo.fr

* Lire infirmier, infirmière tout au long du texte.

Fig. 1 : Densité de médecins généralistes et d'infirmières pour 100 000 habitants



participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. »

La responsabilité professionnelle des infirmiers est définie par le décret n° 93-221 du 16 février 1993 : « *l'infirmier est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer dans le cadre de son rôle propre.* » (art. 14).

Ce cadre législatif restrictif constitue une spécificité française. Les autres pays concernés laissent plus de latitude aux professionnels pour délimiter le contour des actes qu'ils sont habilités à pratiquer. La responsabilité de chacun y est donc plus floue.

Infirmière clinicienne spécialisée. Ces deux décrets ne font en aucun cas mention d'un éventuel statut d'infirmière « spécialisée » ou « clinicienne ». La prescription d'antalgiques par des infirmières dans le cadre de protocoles (circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 1999) ainsi que la démarche de soins infirmiers sont des premières propositions d'évolution professionnelle.

Le récent rapport d'étape dit « Berland »,¹ qui traite du transfert de tâches et de compétences entre les professions de santé, propose de créer le métier d'infirmière clinicienne spécialisée en soins primaires. Celle-ci « *participerait au sein de cabinets de groupe à la prise en charge de patients dans le cadre du conseil, de l'éducation, de la*

prévention, du suivi de traitements. » C'est dans ce cadre qu'il est intéressant d'analyser les expériences étrangères. Une revue de la littérature de 1970 à 2002 publiée par l'IRDES (anciennement CREDES)² analyse l'évolution de la profession infirmière dans différents pays, notamment dans le cadre du transfert de compétences.

DANS LES PAYS ANGLO-SAXONS : UN CONCEPT DÉVELOPPÉ DEPUIS PLUS DE 10 ANS

Le concept d'infirmière spécialisée (*nurse practitioner*) est originaire des États-Unis et date du début des années 1970. Le développement des *Health Management Organization* et la logique économique ont motivé cette évolution. L'objectif était de pallier un déficit de médecins. Les infirmières spécialisées prennent alors en charge une part des soins primaires.

En Angleterre, le mouvement est initié au début des années 1980. Le premier diplôme de *nurse practitioner* délivré en 1990 est réservé aux infirmières « expérimentées ». Le Royaume-Uni se caractérise par une faible densité d'infirmières.

À noter que la densité médicale est, dans ces pays, deux à trois fois plus faible qu'en France (fig. 1), mais l'organisation des soins y est différente (réseaux de soin).

Par la suite, d'autres pays tels que la Suède en 1994 ou les Pays-Bas en 1999 ont initié des réformes dans ce sens avec des particularités locales.

Pour quels actes ?

La promotion de la santé, la surveillance de pathologies chroniques et les consultations de première ligne sont les principaux domaines où les infirmières ont étendu leurs compétences (fig. 2).

La promotion de la santé concerne la réalisation de bilans de santé, l'éducation du patient (information, conseil diététique, etc.) ou des actions de dépistage (hypertension, cancer du col de l'utérus). Les bénéfices en population générale de ces actions de dépistage ne sont pas démontrés, mais des gains semblent plus importants lorsque les actions ciblent des populations à risques.

La surveillance de pathologies chroniques stabilisées (asthme, diabète, problèmes cardio-vasculaires) s'est développée, avec la création de « consultations infirmières dédiées » à une pathologie. En Angleterre, il ne s'agit pas d'une simple délégation de tâches, mais d'une véritable réorganisation de la prise en charge de ces pathologies. Une seule étude anglaise compare le travail de l'infirmière et du médecin. Elle concerne l'insuffisance coronarienne.³ Les auteurs concluent qu'il n'y a pas de différence entre ces deux types de professionnels dans leur capacité à évaluer les patients selon leurs facteurs de risque.

Les consultations de première ligne accueillent des patients avec des problèmes indifférenciés non diagnostiqués. L'accueil peut être téléphonique ou direct. En

Fig. 2 : Les principales compétences investies par les infirmières dans les soins primaires aux États-Unis et au Royaume-Uni



Angleterre, le département de la santé a mis en place en 1998 un service de consultation en ligne : le « NHS direct » fonctionnant 24 heures sur 24 uniquement avec des professionnels paramédicaux infirmiers et couvrant la totalité du territoire. Les deux cinquièmes des appels ont été résolus par le conseil de l'infirmière.

En présence du patient, l'infirmière peut faire un bilan initial, y compris l'examen clinique. Elle le prend en charge, soit en autonomie soit après avis du médecin référent (traitement compris). Selon une récente revue de la littérature,⁴ les patients expriment, dans ce cas, une satisfaction plus forte. Aucune étude ne fait mention d'un événement grave attribuable à la délégation de soins.

Ces expériences étrangères montrent la faisabilité du transfert de tâches des médecins vers les infirmières. Plusieurs études^{5,6} estiment entre 20 et 40 % le nombre de consultations pouvant être prises en charge par un personnel non médical. Il faut rester vigilant quant aux méthodes et à la population concernée par les études réalisées dans ces pays. L'intérêt économique de ce transfert dépend du rapport entre les salaires (additionnés des coûts de formation) et les productivités comparées des professionnels. Le gain économique semble négligeable, l'objectif est un gain de temps « médical ».

EN FRANCE : UNE EXPÉRIENCE EN COURS, DES QUESTIONS EN SUSPENS

Il existe très peu d'expériences en France de la délégation de tâches en médecine ambulatoire. L'URML Poitou-Charentes mène actuellement une expérience au sein de trois cabinets de groupe. Des infirmières de santé publique interviennent au sein du cabinet de façon autonome dans le cadre de l'éducation et de la prévention, et ce sur prescription médicale.

Plusieurs problèmes freinent le processus :

- le cadre légal est restrictif et encore balbutiant ;
- les sciences infirmières sont peu développées par rapport aux pays anglo-saxons ;
- la profession infirmière peut-elle absorber ce transfert de tâches compte tenu de la pénurie existante dans ce secteur ? La croissance du nombre des infirmières est régulière depuis 1970. Elle va s'accroître avec le relèvement des quotas d'entrée dans les écoles depuis 2000 (437 525 infirmières en exercice en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2004)⁷. Par ailleurs, la part des infirmières en secteur libéral a légèrement progressé ces dix dernières années, mais la pénurie persiste avec des disparités régionales criantes ;
- dans un contexte de judiciarisation croissante, à qui reviendra la responsabilité de l'acte délégué ? Lors de sa session des 29 et 30 janvier 2004, le Conseil national de l'Ordre des médecins a affirmé que : « le métier de médecin ne s'improvise pas [...] que la notion de responsabilité

demeure mal connue [...] et que le transfert de tâches à des professionnels paramédicaux offre une voie intéressante » ;

– la légitimité de ces nouveaux professionnels viendra de leurs compétences et de leur formation initiale et continue. Le contenu de ces formations et l'évaluation de leurs compétences restent à définir ;

– comment intégrer la délégation de tâches dans notre prise en charge globale du patient ?

– le patient et le médecin français sont-ils prêts à amorcer ce changement ?

CONCLUSION

Motivée par la crise démographique médicale, la France s'ouvre peu à peu à la délégation de tâches médicales vers d'autres professionnels (infirmières notamment). Les systèmes anglo-saxons nous prouvent que les infirmières peuvent s'investir efficacement dans la promotion de la santé, la surveillance de pathologies chroniques ou les consultations de première ligne. Il existe peu d'expérimentations françaises dans ce cadre. La France doit développer sa réflexion sur l'organisation des soins primaires et apporter des réponses en termes de responsabilités et de formation des professionnels acceptant ces nouvelles responsabilités. Le transfert de tâches doit être considéré comme un outil d'amélioration de la qualité des soins apportés au patient. ■

Références

1. Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Rapport d'étape. Octobre 2003, 57 p. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland/sommaire.htm>
2. Midy F. Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. Revue de la littérature 1970-2002. CREDES. 2003, 42 p.
3. Moher M, Yudkin P, Wright L *et al.* Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care. *BMJ* 2001 ; 322 : 1338.
4. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002 ; 324 : 819-23.
5. Kernick DP, Reinhold DM, Mitchell A. How should patients consult? A study of the differences in viewpoint between doctors and patients. *Fam Pract* 1999 ; 16 : 562-5.
6. Jenkins-Clarke S, Carr-Hill R, Dixon P. Teams and seams: skill mix in primary care. *J Adv Nurs* 1998 ; 28 : 1120-6.
7. Sicart D. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2004. Répertoire ADELI. DREES. Document de travail n° 68, juillet 2004, p. 11.

SUMMARY : The future French shortage of doctors has risen a reflection on primary care organisation. The transfer of some tasks from doctors to nurse practitioners has been existing in Anglo-Saxon countries for more than ten years. These systems show us that nurse practitioners can efficiently put a lot into health education, chronic diseases aftercare and primary care consultations. How could French doctors integrate this concept into their current organisation ? Very few French experiments are being carried out in this field and this reflection has to be developed. Questions such as « Who is responsible for this medical task ? » and « How would these future nurses be trained ? » have to be raised. The transfer of medical tasks has to be considered as a way to improve the quality of primary care toward patients.