

URCAM  
(Union Régionale des Caisses  
d'Assurance Maladie)

Université de Caen Basse-Normandie  
Faculté de Sciences  
Économiques et de Gestion



LE TRANSFERT DES TACHES :  
UNE SOLUTION AU PROBLEME DÉMOGRAPHIQUE  
DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Étude réalisée par Magali BARDOT

Chargée d'Études Économiques stagiaire

**Master 2 Économie – Chargé d'Études Économiques**  
**Université de Caen Basse-Normandie**  
**Année universitaire 2004/2005**



## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement les personnes suivantes :

- Messieurs **Patrick JOURDAN**, Directeur de l'URCAM de Basse-Normandie et **Jean-Marc DUPUIS**, Directeur du Master Chargé d'Etudes Economiques, respectivement tuteurs professionnel et universitaire qui sont à l'origine de cette étude ;
- Monsieur **Philippe DECAEN**, Directeur de la CPAM de la manche et Madame **Régine BRUN**, Directrice Adjointe de la CPAM du Calvados qui ont encadré chacun des projets ;
- L'ensemble de l'équipe pédagogique du Master « Chargé d'Etudes Economiques » et les professeurs, en particulier Monsieur **Rafik ABDESSELAM** ;
- Tout le personnel de l'URCAM de Basse-Normandie pour leurs conseils et leur bonne humeur ;
- Et bien sûr les médecins généralistes et cardiologues des deux groupes de travail sans qui ce projet n'aurait pas vu le jour.

## SOMMAIRE

Remerciements	p. 3
Introduction	p. 6
<b>Partie introductive</b> - Etat des lieux de la démographie médicale française et bas-normande	p. 8
<b>Partie 1</b> - Le transfert de tâches à l'étranger et en France : Quelles avancées ?	p. 12
Introduction : Quelques repères sémantiques	p. 13
<b>I) Le transfert de tâches hors de nos frontières : une pratique déjà ancienne</b>	p. 14
1) La délégation d'actes de soins primaires aux infirmières dans les pays anglo-saxons	p. 15
a) La première question posée dans la revue de littérature de Fabienne Midy est : la délégation de certaines tâches dans les soins primaires est-elle efficace ?	p. 17
b) La seconde question posée dans la revue de littérature de Fabienne Midy est : la délégation de certaines tâches dans les soins primaires est-elle efficiente ?	p. 20
2) Exemples de transferts et/ou de substitutions de compétences réalisés ou envisagés entre médecins généralistes et infirmières dans d'autres pays	p. 22
a) Allemagne	p. 22
b) Pays-Bas	p. 23
c) Suède	p. 24
d) Québec	p. 25
e) Belgique	p. 26
3) La délégation d'actes médico-techniques dans le domaine de la cardiologie	p. 26
4) Le transfert de tâches dans le domaine de l'ophtalmologie	p. 27
5) L'intervention d'infirmières spécialisées en diabétologie	p. 29
<b>II) Le transfert de tâches en France : de très rares initiatives</b>	p. 29
1) Le transport médicalisé	p. 30
2) La délégation de tâches en cabinet médical	p. 30
a) Les objectifs	p. 30
b) Le fonctionnement	p. 31
c) Les effets attendus de cette expérimentation	p. 32
d) Les premiers résultats	p. 32
3) Le suivi des pathologies chroniques	p. 33

4) La création du métier de « technicien en cardiologie »	p. 34
<b>Partie 2 – Résultats de l’enquête auprès des médecins généralistes et cardiologues</b>	p. 36
<b>I) Etude sur la délégation de tâches des médecins généralistes à d’autres professionnels de santé</b>	p. 37
1) Démographie des généralistes	p. 37
2) Méthodologie	p. 38
3) Analyse des résultats	p. 39
a) Présentation générale des consultations	p. 39
b) Synthèse des tâches réalisées pendant la consultation	p. 40
c) Synthèse des tâches réalisées en dehors des consultations	p. 43
4) Conclusion	p. 44
<b>II) Etude sur la délégation de tâches des médecins cardiologues à d’autres professionnels de santé</b>	p. 45
1) Démographie des cardiologues	p. 45
2) Méthodologie	p. 46
3) Analyse des résultats	p. 47
a) Synthèse des tâches des trois cardiologues réunis	p. 47
b) Synthèse des tâches des cardiologues exerçant en cabinet indépendant et du cardiologue exerçant en milieu hospitalier	p. 49
4) Conclusion	p. 53
<b>Conclusion</b>	p. 55
<b>Annexes</b>	p. 57
<b>Bibliographie</b>	p. 86

# Introduction

La situation démographique des professionnels de santé présente des caractéristiques paradoxales liées à l'existence d'une densité globale élevée de professionnels, jamais atteinte dans la plupart des cas, et à l'apparition de forts contrastes géographiques. L'inquiétude des professionnels, confrontés à des conditions d'exercice difficiles dans certaines zones, se trouve amplifiée par les projections statistiques qui font apparaître des risques de pénuries géographiques dans les prochaines années.

Dans ce cadre, l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) de Basse-Normandie a été nommée URCAM de référence sur le thème de la démographie médicale. Il apparaît nécessaire de maintenir la réponse aux besoins de santé des habitants de Basse-Normandie et d'essayer de lutter contre les inégalités infra-régionales, mais aussi d'accompagner les professionnels de santé dans leurs projets d'installation.

A cette fin, l'URCAM et l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) se sont associées pour réaliser, en 2000, une étude régionale sur la démographie médicale, sous la forme d'un questionnaire envoyé à l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes de Basse-Normandie. L'objectif principal de cette étude était de déterminer les critères qui motivent un médecin à s'installer. Il a été démontré que, contrairement à ce qu'on aurait pu penser, les motivations concernant le lieu d'implantation étaient assez peu liées aux revenus, mais relevaient plutôt d'un choix de cadre de vie (loisirs, environnement scolaire, activité professionnelle de conjoint...) et d'un environnement professionnel (proximité d'un CHU, d'une maternité, d'une pharmacie...). Les médecins ne sont donc plus prêts à sacrifier leur vie personnelle et familiale au profit de leur vie professionnelle.

Ainsi, là où les médecins font défaut tandis que la liste de leurs malades s'allonge, une solution pour garantir la bonne prise en charge de tous serait de transférer à d'autres personnes (infirmières, secrétaires par exemple) des tâches pour l'instant exclusivement réservées au corps médical. En Europe ou en Amérique du Nord, de nombreux pays ont déjà choisi cette option.

L'objectif de l'étude demandée par l'URCAM est donc, dans un contexte d'augmentation du nombre de malades accompagnée d'une diminution de la densité médicale, de déterminer «qui peut déléguer quoi à qui ? ». L'étude de ce changement d'organisation sera réalisée pour deux activités : les généralistes et les cardiologues.

L'étude s'articule autour :

- d'une brève partie introductive qui dessine un état des lieux de la démographie médicale française et bas-normande ;
- d'une première partie qui décrit le transfert de tâches à l'étranger et en France ;
- d'une deuxième partie qui relate d'une part, le travail réalisé avec les médecins généralistes et d'autre part, celui réalisé avec les cardiologues.

# Partie introductive

*Etat des lieux de la  
démographie médicale  
française et bas-normande*



Depuis plusieurs années, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) s'inquiète des carences annoncées du nombre de médecins en exercice<sup>1</sup> qui, ajoutées au vieillissement de la population, et donc à une demande croissante de soins, poseront de graves problèmes dans les prochaines années.

Le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé en France. Actuellement, il s'élève à environ 195 000 contre seulement 115 000 en 1980 et 65 000 en 1970. Mais après la forte augmentation des effectifs dans les années 80, a succédé une période de moindre croissance. C'est la conséquence directe de la politique de régulation des flux de formation menée depuis la fin des années 70. Le *numerus clausus*, qui fixe le nombre de places offertes en deuxième année d'études de médecine, a diminué de plus de moitié depuis sa création en 1971, passant de 8 500 à 3 700 au cours des années 80, avec une remontée progressive sur la période récente (4 700 en 2001, 5 700 en 2003 et 7 000 en 2004).

Aussi est-il logique que l'évolution démographique du corps médical s'accompagne d'une tendance au vieillissement. Aujourd'hui l'âge moyen des médecins en activité est de 46 ans, sachant que l'effectif des moins de 40 ans est inférieur à celui des plus de 50 ans. D'ici une dizaine d'années, les médecins en âge de prendre leur retraite seront donc nombreux.

Par ailleurs, la féminisation de la profession se poursuit, avec une proportion de femmes d'autant plus forte que les classes d'âges sont jeunes : les femmes ne représentent que 37 % des médecins en activité mais sont majoritaires chez les moins de 35 ans (56 %) avec une orientation plus forte sur le métier de généraliste. La féminisation a un impact sur le niveau global d'activité des médecins. En effet, les femmes ont plus recours au temps partiel, interrompent plus souvent leur activité de façon temporaire, et enfin, leur cessation d'activité intervient plus tôt que celle des hommes.

Cependant, d'après les chiffres de l'assurance maladie la situation démographique nationale n'est pas dramatique. On dénombre 192 médecins libéraux (c'est à dire *omnipraticiens*<sup>2</sup> et spécialistes) pour 100 000 habitants en France métropolitaine au 31 décembre 2002 selon le SNIR (Système National Inter-Régimes), ce qui place la France dans une position moyenne au plan international. Le SNIR est un système d'informations mis en place par la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) depuis 1977. Ce système permet de recueillir et d'agréger au plan national l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les organismes de base gérant l'Assurance Maladie. Le système recueille, pour chaque praticien, des caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, mode d'activité, secteur conventionnel et lieu d'exercice), les dénombrements d'actes ou coefficients effectués, les prescriptions et les honoraires. Cela reflète donc bien l'offre de soins réelle.

On constate donc que la démographie médicale des professionnels de santé est moins catastrophique que ce que laissent paraître les rapports publics. Dans la suite du rapport, les chiffres de densité médicale cités seront ceux de l'assurance maladie au 31 décembre 2002, sauf mention contraire.

L'offre de soins médicaux est d'une grande hétérogénéité sur le territoire national. Elle montre de réelles disparités régionales.

La répartition des médecins selon la région ou le département montre une opposition très forte entre le Nord et le Sud (exception faite de l'Ile-de-France), la densité médicale étant

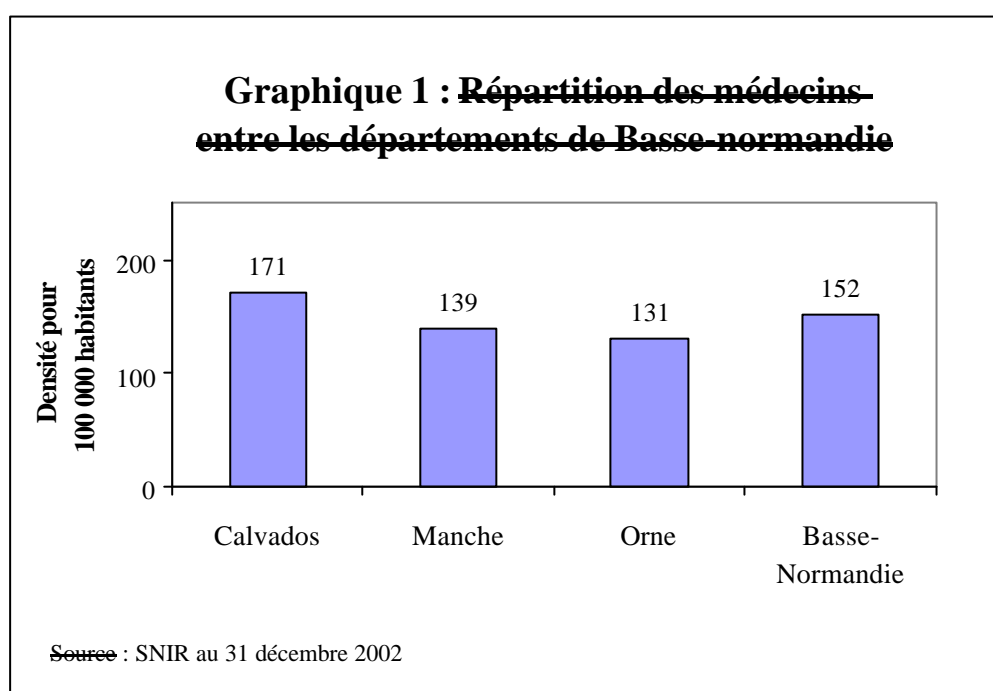
---

<sup>1</sup> La répartition des médecins sur l'ensemble du territoire est mesuré par la **densité médicale** qui est le nombre de médecins pour 100 000 habitants sur un territoire donné (région, département, ville...).

<sup>2</sup> Les *omnipraticiens* incluent les médecins généralistes ainsi que les médecins à exercice particulier tels que les homéopathes par exemple.

plus élevée au Sud qu'au Nord. Pour les médecins généralistes, la densité régionale de la région la mieux pourvue (Provence-Alpes-Côte d'Azur) est 1,8 fois supérieure à celle de la région la moins bien pourvue (Picardie). La densité départementale de médecins est plus hétérogène, elle varie de 1 à 4 entre le département le plus faiblement doté et le département le mieux doté.

La Basse-Normandie se situe à l'avant dernière place dans le classement régional des densités médicales, la région la moins bien dotée étant la Picardie avec seulement 144 médecins pour 100 000 habitants (cf annexe 1). La densité est de 152 médecins pour 100 000 habitants c'est-à-dire bien inférieure à la moyenne nationale (192). De plus, on a vu également apparaître des disparités infra-régionales. Par exemple, la densité de médecins dans le département de l'Orne est inférieure à celle du Calvados : 131 médecins pour 100 000 habitants dans l'Orne contre 171 dans le Calvados (cf graphique 1). On observe donc une mauvaise répartition de l'offre de médecins sur le territoire français.



Parmi les solutions pour pallier ces insuffisances, l'idée d'un transfert de tâches entre des médecins et des professionnels paramédicaux a fait son chemin. Il s'agit, dans la perspective d'un risque de pénurie de médecins généralistes et surtout spécialistes, de mieux définir ce qui relève à proprement parler du rôle du médecin et ce qui, dans ses activités, pourrait être réalisé par un autre professionnel, médical ou paramédical. Le rapport du professeur Yvon Berland, ainsi que celui du professeur Henry Hamard dans le domaine de l'ophtalmologie, ont ouvert des voies de réflexion dans ce sens.

Les exemples de transferts sont nombreux à l'étranger et parfois même anciens, mais ils ne peuvent être transposés dans notre pays sans une évaluation minutieuse. L'objectif de l'étude est donc de déterminer « qui peut déléguer quoi à qui ? » mais également de déterminer si ces délégations sont économiquement efficaces et efficientes. Selon le Professeur Yvon Berland, « il est indispensable et urgent d'envisager le transfert de compétences ». Les propositions qu'il formule dans ce sens s'inscrivent dans un ensemble de mesures visant à anticiper et réduire les effets néfastes de la baisse du nombre de médecins,

comme l'augmentation du numerus clausus ou, plus délicat, la régulation de la répartition des professions de santé sur le territoire. Il faut cependant être prudent : les délégations de tâches ne sont pas « la » solution aux problèmes que posent les sous-effectifs médicaux, ils permettront de faire face, en partie seulement, à la diminution annoncée du nombre de médecins.

# Partie 1

*Le transfert de tâches à  
l'étranger et en France :  
quelles avancées ?*

## Introduction : Quelques repères sémantiques

### Que faut-il entendre par compétence ?

Le Professeur Matillon entend par compétence : « la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissance, savoir-faire, comportement et expérience) en situation ». Pour le juriste, la compétence, contrairement à la tâche qui n'est qu'un travail à accomplir, est « l'ensemble des pouvoirs et devoirs attribués et imposés à un agent pour lui permettre de remplir sa fonction », ou encore, « l'aptitude à agir dans un certain domaine<sup>3</sup> ». A l'inverse de la connaissance, la compétence ne s'acquiert pas par un travail intellectuel, mais correspond à la capacité donnée à un individu (c'est-à-dire la possibilité donnée à tout individu d'acquérir puis d'exercer un droit) de remplir une fonction, d'accomplir sa profession. Elle peut donc être transférée d'une personne à une autre, ce transfert correspondant à « l'opération juridique de transmission d'un droit, d'une obligation ou d'une fonction » ou encore à « l'attribution à une personne de fonctions jusqu'alors exercées par une autre<sup>3</sup> ». Toute la difficulté dans les métiers de la santé réside dans le fait que ces compétences sont liées à des connaissances.

### Délégation / transfert : quelle différence ?

Selon Marc Brodin, professeur de santé publique, il y a une différence importante entre les concepts de délégation et de transfert. Dans la **délégation**<sup>4</sup>, le médecin garde la responsabilité tout en partageant la réalisation des tâches avec d'autres professionnels, qui très souvent ont été formés sous sa responsabilité. Le **transfert**<sup>5</sup> aboutit à décharger le médecin de l'exécution de la tâche et conduit à une nouvelle répartition des responsabilités. Il préconise de commencer par des délégations avant, éventuellement, d'envisager des transferts dans un deuxième temps en fonction des évolutions des savoir-faire et des évolutions démographiques médicales et paramédicales. Si les expérimentations aboutissent à des résultats positifs, il faudra étendre les décrets de compétences des paramédicaux de sorte qu'ils soient juridiquement couverts pour les gestes et les actions qu'ils réaliseront.

---

<sup>3</sup> Cornu G. Vocabulaire juridique. PUF, Quadriga, 2003.

<sup>4</sup> **Délégation** (définition du dictionnaire) : action de charger quelqu'un d'une mission avec tout pouvoir pour la remplir. Le responsable reste celui qui délègue. En santé, la délégation traduit un transfert de tâches antérieurement réalisées par une catégorie de professionnels qui en gardent la contrôle, à une autre catégorie ou à un autre grade dans la même catégorie.

<sup>5</sup> **Transfert** (définition du dictionnaire) : déplacement, transport d'un lieu à un autre selon des modalités précises. Le transfert peut se faire de façon partielle dans le cadre d'une délégation (transfert sous contrôle) ou de façon complète (la responsabilité incombe à celui qui réalise l'action).

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

L'objectif général de cette partie est de montrer, au moyen d'exemples pris à l'étranger, que des actes médicaux ont déjà été confiés à des professions autres que les médecins, et que certains pays ont développé une réflexion importante et ont expérimenté des pratiques de délégation de tâches entre professions.

En France, la question du partage des tâches et des compétences dans le domaine de la santé suscite un intérêt croissant mais très peu d'initiatives ont été entreprises. Toutefois, les médecins de notre pays ont, dans beaucoup de disciplines, entamé une réflexion et sont prêts à initier des expériences.

## **D) Le transfert de tâches hors de nos frontières : une pratique déjà ancienne<sup>6</sup>**

Les Etats-Unis ont initié la délégation aux infirmières de certaines tâches traditionnellement réalisées par un médecin généraliste dès les années 1960. Le Royaume-Uni a suivi cette voie dix ans plus tard.

Aux **Etats-Unis**, la réflexion sur la répartition des compétences dans les soins primaires correspond au développement des « Health Management Organization » et à une logique plutôt économique. On constate aujourd'hui une forte densité infirmière en Amérique du Nord.

Ainsi, des infirmières praticiennes (« nurses practitioners ») offrent des soins à des clientèles diversifiées. Ce sont des infirmières qui ont les connaissances médicales nécessaires pour un travail autonome (ou en partie) consistant à assurer une large gamme de soins en collaboration avec un médecin ou un groupe de médecins. Elles font souvent office de coordinatrices à l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire pour l'exécution du plan de soins dont elles veillent à en garantir la mise en œuvre et la continuité.

Les infirmières praticiennes peuvent exécuter toutes les tâches prescrites par un médecin (souvent sous la responsabilité de ce dernier) et en urgence quand il s'agit de certains actes (les sutures). Elles peuvent prescrire des arrêts de travail d'une durée inférieure à un certain seuil sans indemnités journalières et certains médicaments (selon les listes autorisées). De plus, elles peuvent pratiquer des vaccinations et un diagnostic rapide d'angine.

Plus généralement, ces infirmières sont chargées de répondre aux besoins du système de soins primaires. Ainsi, elles ont en charge l'évaluation des soins et des programmes de santé, l'organisation et la réalisation de services au premier niveau du système de soins. Leur

---

<sup>6</sup> Cette partie est inspirée principalement de quatre documents :

« Contenu des métiers médicaux et substitutions envisageables », Etude réalisée pour le Direction Générale de la santé, mai 2001 ;

« Rapport sur les professions de santé intermédiaires », Mission de Recherche Internationale CNAMTS, septembre 2002 ;

« Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires : revue de la littérature 1970-2002 », Fabienne Midy, CREDES (devenu IRDES depuis juin 2004), février 2003 ;

« Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », Rapport Berland II, octobre 2003.

responsabilité couvre les soins individuels et familiaux, le développement de programmes communautaires, le dépistage et l'éducation pour la santé.

Le **Royaume-Uni** se caractérise au contraire par une faible densité de médecins généralistes et d'infirmières, et par des médecins saturés. Par ailleurs, le soin y est organisé de manière collective.

Au Royaume-Uni, aucune loi ne réglemente 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 la mission 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...). 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 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.

Au **Canada**, les modifications apportées à la réglementation professionnelle en 1994 en Ontario ont permis de développer de nouvelles missions pour les infirmières. Elles 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 2003.

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.

### 1) **La délégation d'actes de soins primaires<sup>7</sup> aux infirmières dans les pays anglo-saxons**

---

<sup>7</sup> La dénomination de « soins primaires », qui est peu utilisée en France, renvoie aux notions de premier recours, d'accessibilité et de permanence des soins. Les médecins généralistes en sont les acteurs essentiels, mais selon les organisations en vigueur, d'autres professionnels peuvent y être également impliqués, notamment les infirmières.

L'analyse de la situation internationale a été parfaitement résumée par le rapport du CREDES<sup>8</sup> qui, en février 2003, a étudié la revue de littérature entre 1970 et 2002 concernant l'efficacité et l'efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires.

Les Anglo-saxons utilisent le terme de « skill mix » pour décrire la variété des professionnels qui composent une équipe de soins et la répartition des tâches entre ces professionnels. Cette problématique que l'on traduira par « répartition de compétences » renvoie en France aux questions posées en terme de partage des tâches et des compétences ainsi qu'en terme de définition du contenu et des frontières des métiers.

Les expériences étrangères s'insèrent cependant dans des contextes spécifiques (réseaux de soins coordonnés aux Etats-Unis, organisation collective et pluridisciplinaire au Royaume-Uni) et ne peuvent être transposées directement à la situation française. Les enseignements tirés de ces évaluations ont seulement permis d'alimenter la réflexion dans le contexte français.

Selon Fabienne Midy, la répartition des compétences évolue dans deux directions :

- La délégation/substitution traduit le transfert de tâches antérieurement réalisées par une catégorie de professionnels à une autre catégorie de professionnels ou à un autre grade dans la même catégorie. Ce transfert de compétences a d'abord été expérimenté aux Etats-Unis et au Canada dès les années 1960, dans un contexte de rationalisation du système de soins. De nouveaux métiers sont alors apparus tels que les infirmières praticiennes (« nurse practitioners ») ou les auxiliaires médicaux (« physicians assistants »). Aux Etats-Unis, l'intensification de la concurrence entre réseaux de soin a accéléré ce processus impulsé par la recherche de gains de productivité. Les expériences menées au Royaume-Uni s'inscrivent, elles aussi, dans un objectif d'efficience collective, mais elles procèdent également d'un objectif d'amélioration de l'accès aux soins, dans un contexte de saturation des médecins généralistes. Ainsi, une des pistes est d'accroître le rôle des infirmières, soit dans des organisations autonomes, soit par une collaboration renforcée entre le médecin généraliste et l'infirmière dans les cabinets de soins primaires.
- La diversification traduit un phénomène d'extension des services offerts par le système de soins primaires, grâce au recrutement de nouveaux professionnels. Cette tendance est d'autant plus forte au Royaume-Uni qu'il n'y a pas de spécialistes de ville. Par exemple, de nombreux cabinets britanniques ont embauché un professionnel appelé « counsellor » dont la tâche principale est d'apporter un soutien psychologique aux patients, en particulier dans les cas de dépression et d'anxiété.

Les études analysées dans le travail du CREDES ne concernent que des expériences de type délégation/substitution. Historiquement, les premières études publiées sur ce sujet prennent la forme d'études de cas, réalisées principalement aux Etats-Unis et au Canada. Les expériences décrivent l'introduction d'un professionnel infirmier dans les cabinets de soins primaires et constatent la faisabilité d'un transfert de tâches du médecin vers l'infirmière, ainsi que l'impact que cela représente sur la charge de travail des médecins généralistes. Les premières études de type « essai randomisé », visant à tester l'hypothèse ci-dessus, datent du début des années 1970.

---

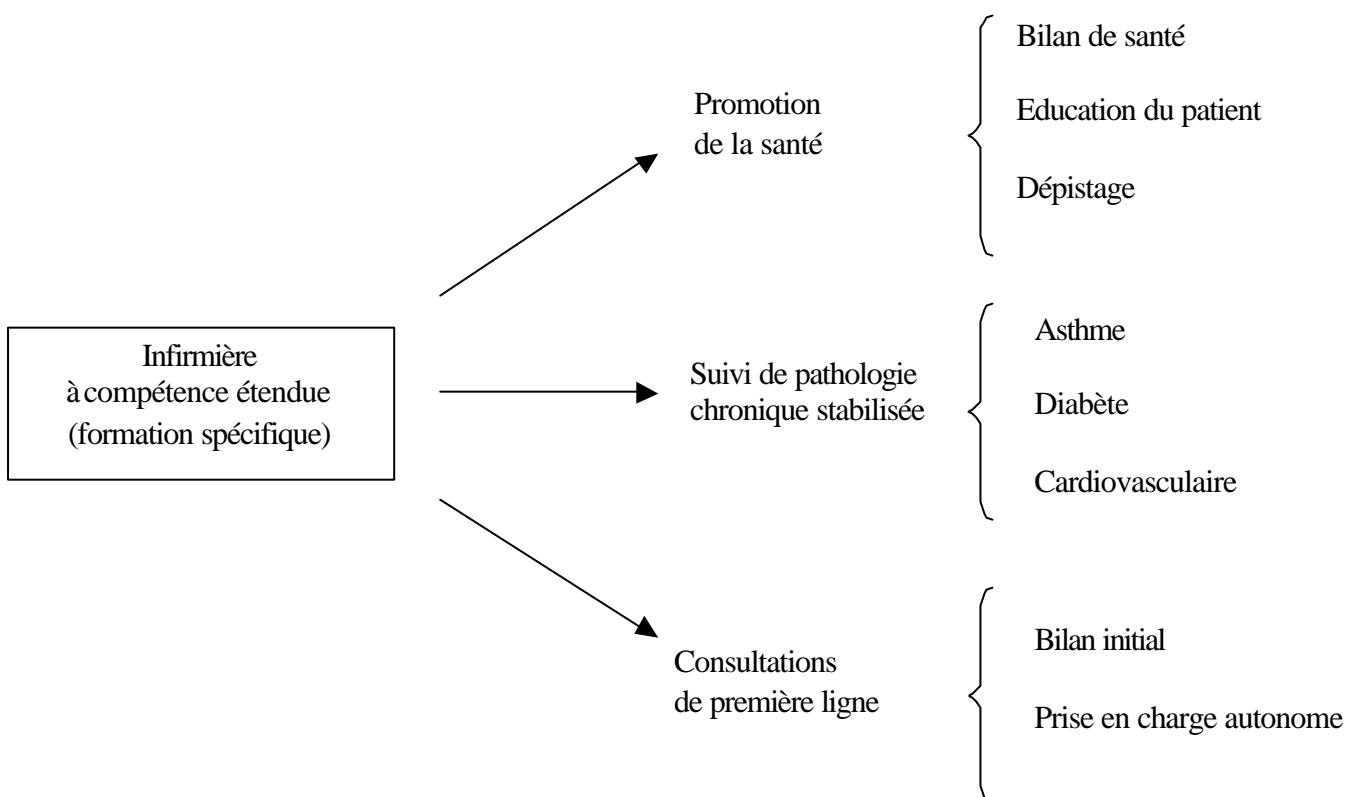
<sup>8</sup> « Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires : revue de la littérature 1970-2002 » par Fabienne Midy, CREDES (devenu IRDES depuis juin 2004).



Les premières études anglaises apparaissent à la fin des années 1970. Elles s'orientent en premier lieu vers des études d'opinion réalisées auprès des médecins généralistes pour tester leur acceptation d'une extension du rôle des infirmières. Ensuite, la réorganisation des soins primaires, impulsée en 1990 par le « National Health System » (NHS), s'accompagne d'études cherchant à démontrer l'impact sanitaire et économique de la délégation de certaines tâches entre professionnels de santé.

a) **La première question posée dans la revue de littérature de Fabienne Midy est : la délégation de certaines tâches dans les soins primaires est-elle efficace ?**

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



**Source** : Sibbald (2000)

- **La promotion de la santé :**

Bilan de santé, éducation du patient, dépistage sont effectués en accord avec des protocoles établis par les médecins.

*Exemples d'études traitant de la délégation médecin/infirmière dans le domaine du dépistage du cancer du col de l'utérus :*

La première étude décrit une expérience canadienne (Thommasen et al. [1996]) et insiste sur la qualité des actes réalisés. L'infirmière, expérimentée en obstétrique, a été formée dans le cabinet pour réaliser des touchers vaginaux et des prélèvements en cas de suspicion de maladie sexuellement transmissible. La prescription requiert la signature du médecin.

L'évaluation de la qualité du prélèvement est faite par un cytopathologiste, aveugle par rapport à l'identité du praticien. 149 prélèvements sont évalués : 55 réalisés par l'infirmière et 94 par un médecin. Tous les prélèvements réalisés par l'infirmière sont de bonne qualité et ont pu être interprétés. Un référé au médecin a été nécessaire dans 42 % des cas (prescription, avis). La consultation dure 30 minutes. Les auteurs observent la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé telles que des explications et des conseils, incluant l'auto-examen mammaire. Les auteurs citent un certain nombre d'autres expériences du même type au Canada et en Australie.

La seconde étude est britannique (Myles et al. [1996]) et insiste sur l'efficacité de la délégation. Il s'agit d'une enquête fondée sur des entretiens et des questionnaires, menés dans 87 cabinets de soins primaires, afin de déterminer la place du médecin dans l'organisation du dépistage et l'impact économique des différents modes de répartition des tâches. L'étude ne retient que l'implication de l'infirmière dans le prélèvement lui-même : 23 % des cabinets répartissent les prélèvements entre le médecin et une infirmière, 26 % confient le prélèvement uniquement à l'infirmière. Les auteurs calculent alors un ratio entre la rémunération reçue par le cabinet pour son activité de dépistage et le coût : pour 1£ dépensée par le cabinet pour un prélèvement, le cabinet reçoit 1,3£ s'il est réalisé par un médecin et 3,2£ s'il est réalisé par une infirmière seule (le temps de consultation est équivalent). Ils concluent qu'il serait coût-efficace de déléguer ce geste en pratique générale, en supposant que les infirmières fournissent un service équivalent en qualité à celui fourni par les médecins en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Ces différentes études montrent que les infirmières anglo-saxonnes ont développé des compétences dans le secteur de la promotion de la santé et qu'elles peuvent, dans ce cadre, effectuer des gestes auparavant réalisés par un médecin (bilans de santé, prélèvements,...). Il semble même que dans certains cas (le conseil diététique, l'information), elles fassent mieux. Mais ces études n'évaluent pas l'impact de ces actions de promotion de santé sur l'état de santé.

En conclusion, la tendance à la diversification des cabinets britanniques après 1990 s'est heurtée à la saturation des médecins. Dès lors, l'extension du champ de compétence des infirmières s'est généralisé et ce mouvement de diversification s'est couplé avec un mouvement de délégation. Les différentes expériences montrent que cette délégation est faisable et qu'au Royaume-Uni elle est aujourd'hui intégrée 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.

Une seule étude compare le travail de l'infirmière et celui du médecin. Elle concerne l'insuffisance coronarienne (Moher et al. [2001]). Les auteurs concluent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux professionnels dans leur capacité à évaluer les patients selon leurs facteurs de risque. Les autres études 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.

### *Exemple d'étude sur l'asthme :*

Cette étude évalue l'impact de la mise en place d'une consultation dédiée à l'asthme par une infirmière dans un cabinet généraliste, trois après-midi par semaine (Charlton et al. [1991]). Chaque patient asthmatique du cabinet reçoit une lettre l'invitant à prendre rendez-vous pour un bilan réalisé par une infirmière formée à cet effet. Les actes réalisés par l'infirmière au cours de cette consultation de bilan (45 minutes) sont :

- Entretien protocolisé (histoire de l'asthme, antécédents allergiques, traitements habituels et symptômes).
- Examen spirométrique (mesure des capacités respiratoires)
- Test de l'utilisation de l'inhalateur
- Explications sur l'asthme et le traitement
- Documents sur l'asthme et le tabac
- Elaboration d'un plan de soin (« self management plan »)

L'infirmière revoit les patients une semaine plus tard pour une consultation de suivi (15 minutes) :

- Examen spirométrique
- Test d'utilisation de l'inhalateur
- Evaluation de l'autonomie du patient
- Proposition éventuelle au médecin d'une modification de traitement

Puis, toutes les huit semaines, ou plus si besoin, le patient revient pour une consultation de suivi qui lui est rappelée par courrier.

L'évaluation, menée sur 115 patients, montre que les indicateurs de morbidité s'améliorent nettement. Ainsi, la mise en place d'une prise en charge pro-active 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.

Si les changements dans la répartition des tâches dans une équipe sont très liés au contexte organisationnel du système de santé, les questions de définition des métiers sont très fortement liées aux contextes culturels. Par exemple, en France, les infirmières sont très attachées à la notion de soin global. Dans ce cas particulier, on peut se demander si la mise en place de consultations dédiées en soins primaires, avec la spécialisation de certaines infirmières dans l'asthme, le diabète ou l'hypertension, ne concourt pas à une fragmentation du soin qui va à l'encontre de la notion de globalité de la prise en charge défendue par les infirmières libérales françaises.

#### **- La consultation infirmière de première ligne :**

Il s'agit de déterminer si des infirmières travaillant dans le secteur primaire peuvent fournir des soins de première ligne équivalents à ceux des médecins, c'est-à-dire : recevoir les patients non diagnostiqués avec des problèmes indifférenciés, faire un bilan initial y compris un examen clinique et prendre en charge le patient soit de manière autonome, avec proposition de traitement, soit en le référant au médecin généraliste. Il peut s'agir de consultations traditionnelles ou dans des Walk-In Centers (depuis janvier 2000) qui offrent un

accès rapide et sans rendez-vous 7 jours sur 7 et de 7h à 22h dans des endroits très fréquentés (supermarchés, métro). 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. Enfin, il peut s'agir de consultation téléphonique. 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.

Les études de faisabilité montrent qu'il est possible de confier à l'infirmière certaines consultations de première ligne et que, dans la majorité des cas, elle les traite de manière autonome.

Concernant les études d'évaluation des consultations infirmières de première ligne en cabinet, les constats sont les suivants : Tout d'abord, on constate que médecins et infirmières ne traitent pas les mêmes cas. Ainsi, les patients souffrant d'une affection des voies hautes respiratoires constituent la majeure partie de l'éventail de cas des infirmières. Ensuite, la durée de consultation est plus longue pour les infirmières (entre 10 et 15 minutes contre entre 6 et 8 minutes pour les médecins). On observe également que les infirmières ont tendance à demander ou à réaliser plus d'examen complémentaires et à donner plus de conseils aux patients. Elles obtiennent aussi une meilleure observance aux recommandations thérapeutiques. En revanche, les études ne montrent pas de différence significative entre médecins et infirmières sur le taux de patients ayant reçu une prescription. Enfin, l'infirmière gère la plupart des consultations de manière autonome (entre 73 et 95 % des consultations sans recours à un médecin).

### ***Conclusions de la revue de littérature concernant l'efficacité de l'extension des compétences :***

Les deux analyses les plus récentes (Buschan et al. [2002] et Sibbald [2000]) portent sur les limites des études publiées. Sibbald souligne notamment le fait que si on peut être assuré qu'une infirmière avec une formation adaptée, peut faire aussi bien qu'un médecin généraliste, l'intérêt coût-efficacité de cette délégation n'est pas démontré. Buschan insiste sur le caractère difficilement transposable d'études menées dans des contextes de systèmes de santé différents. Il souligne la nécessité d'identifier les besoins en soins dans une population de patients pour déterminer les compétences requises du personnel de santé. Les données sur le recoupement des compétences montrent que bien des systèmes pourraient recourir beaucoup plus largement au personnel infirmier.

#### **b) La seconde question posée dans la revue de littérature de Fabienne Midy est : la délégation de certaines tâches dans les soins primaires est-elle efficiente ?**

L'hypothèse économique la plus souvent développée et testée est que le transfert d'une partie de la charge de travail des médecins généralistes aux infirmières permet d'offrir les soins à un moindre coût, du fait de salaires moins élevés.

Mais l'ensemble des travaux montre que la problématique de l'efficacité ne peut pas se résumer à une simple réduction des coûts par les salaires. En fait, trois facteurs vont déterminer si la délégation est efficiente ou non : l'échelle de salaires (à laquelle il faut ajouter les coûts de formation), la productivité des différents professionnels, et le volume de services qui peut être délégué avec ou sans supervision par un médecin.

- **La productivité mesurée par le temps de consultation :**

Les différentes études présentées dans la partie précédente rapportent des temps de consultation compris entre 10 et 15 minutes pour les infirmières, tandis que les consultations de médecins se situent entre 6 et 8 minutes. Comparer des productivités suppose l'homogénéité de ce qui est produit. Or, il est vraisemblable que ce soit rarement le cas, compte tenu de facteurs tels que :

- la formation et l'expérience qui amènent les infirmières à privilégier l'éducation et le conseil ;
- le contexte organisationnel du cabinet qui détermine par exemple le degré de supervision du médecin ;
- les caractéristiques socio-démographiques de la population locale puisque les études non randomisées ont montré que pour une même pathologie, les patients s'orientant vers les infirmières ne sont pas les mêmes que ceux qui s'orientent vers un médecin.

Dans la mesure où les études ne disposent souvent que du nombre ou de la durée de consultation – les tâches réalisées sont rarement détaillées – il est nécessaire de privilégier les essais randomisés.

- **Un potentiel de délégation non négligeable :**

Une manière pertinente d'approcher ces questions de productivité consiste à évaluer l'impact de la délégation sur l'activité du cabinet (Cassels Record et al. [1980]). Cet impact dépend de la capacité de délégation du cabinet, en toute autonomie ou sous la supervision du médecin.

Dès le début des années 1980, le potentiel de la délégation semble reconnu. Une étude demande à un panel de six médecins d'analyser 1 332 consultations (Rabin et al. [1980]). Ces médecins estiment entre 40 % et 53 % le nombre de patients qui auraient pu être pris en charge par un professionnel non médical.

Plus récemment, une étude anglaise demande à 5 médecins d'analyser 300 de leurs consultations : ils estiment que 20 % des rendez-vous programmés et 44 % des rendez-vous pris le jour même pourraient être examinés par une infirmière (Kernick et al. [1999]).

Une autre étude anglaise basée sur l'observation de 836 consultations permet d'estimer que 39 % des consultations comportent un élément qui pourrait être délégué et que 17 % pourraient être déléguées en totalité (Jenkins-Clarke et al. [1998]). La nature des tâches les plus fréquemment citées (conseil, dépistage) confirme que les médecins britanniques ont accepté la compétence des infirmières dans la promotion de la santé. Les différentes études consultées rapportent un taux de consultations sans recours au médecin de 67 à 95 %. Ce taux dépend de l'organisation du cabinet et de la responsabilité de prescription accordée ou non aux infirmières.

Sur la base des données publiées dans les années 1970, Cassels Record et al. [1980] estiment, dans le contexte américain, que le nombre de consultations totales augmenterait de 40 % à 50 % dans les petits cabinets. Ces proportions seraient plus élevées dans les gros cabinets en raison d'un volume d'actes déléguables plus important. Dans le contexte britannique de saturation du temps des médecins généralistes, Marsh [1991] estime que la délégation de certaines tâches pourrait permettre aux médecins de doubler leur liste de patients.

- **L'efficacité dépend du salaire des professionnels et de la productivité du cabinet :**

A partir des travaux évoqués ci-dessus, Cassels Record et al. [1980] estiment que le taux de délégation est compris entre 0,5 et 0,75 : il faut quatre professionnels non médicaux pour remplacer deux à trois médecins. Dans leurs calculs, les auteurs admettent un taux de délégation de 0,63 dans le contexte américain de l'époque. Il suffit alors que le rapport entre les coûts salariaux annuels du professionnel non médical (y compris le coût de la supervision par un médecin) et du médecin soit inférieur à 63 % pour que la délégation soit efficace. Cassels Record et al. [1980] estiment un ratio salarial égal à 0,38 (0,36 si on tient compte des coûts de formation). Dans ce contexte, la délégation est donc efficace.

A la même période, une équipe de chercheurs canadiens propose un modèle pour calculer l'impact économique potentiel sur le système canadien de l'introduction d'infirmières praticiennes (Denton et al. [1983]). Les auteurs font l'hypothèse d'un ratio salarial de 2/7 ; ils supposent que le temps nécessaire à une infirmière praticienne pour réaliser la tâche déléguée est 1,25 à 2 fois plus long que celui nécessaire au médecin. Sous ces hypothèses, 10 % des coûts médicaux totaux et 16 % des seuls soins ambulatoires pourraient être économisés.

En conclusion, la délégation de certains actes, du médecin généraliste à une infirmière formée à cet effet, est faisable. Elle est au moins aussi efficace, voire plus efficace sur certains critères. Les modèles économiques publiés il y a presque vingt ans concluent à l'efficacité de la délégation. Cependant, ils montrent également que la démonstration est soumise à des hypothèses de taux de salaire et de taux de délégation. La généralisation entre des époques différentes et entre des pays fonctionnant selon des systèmes différents est périlleuse. La pénurie actuelle dans le secteur infirmier pose la question des capacités de la profession à absorber ces transferts de compétence. Cependant, si les quotas sont maintenus à leur niveau actuel, les dernières projections démographiques de la DREES pour 2020 font état d'un accroissement de la densité infirmières de 24 %, alors que la densité des médecins tendrait à se réduire de 19 % avec un *numerus clausus* de 6 000 médecins par an.

L'ensemble des études menées dans les pays anglo-saxons nous offre donc un espace de réflexion à ne pas négliger dans le contexte de pénurie sanitaire français, sans nous offrir de solution évidente.

2) **Exemples de transferts et/ou de substitutions de compétences réalisés ou envisagés entre médecins généralistes et infirmières dans d'autres pays**

a) **Allemagne**

La démographie médicale allemande est caractérisée par une pléthore liée à l'absence de limitation à l'entrée des études de médecine. Cette situation induit une politique rigoureuse de limitation de l'accès au secteur ambulatoire conventionné, organisé autour des médecins de ville qui assurent les soins de santé primaire et les consultations externes.

La politique de régulation de l'accès à la médecine conventionnée ambulatoire constitue le principal volet de la régulation de la démographie médicale en Allemagne. La situation est passée d'une admission illimitée en 1960 à une politique de restriction à l'installation totale, prévue par la loi 2000. Cette loi impose une limitation du principe même de liberté de l'installation et n'est pas sans susciter des controverses : les admissions à l'installation ne sont possibles qu'en dessous du seuil de saturation, ce qui constitue une contrainte forte pour les professionnels.

En dépit des efforts du gouvernement fédéral pour améliorer le statut du médecin de famille dans le secteur ambulatoire, le nombre de spécialistes de ville a augmenté plus rapidement que celui des médecins généralistes au cours des dernières décennies. En 1998, les médecins généralistes ne représentaient plus que 40 % des médecins libéraux.

Les professions paramédicales sont subordonnées sur un plan légal aux professions médicales. Par exemple, les infirmières ont besoin de la prescription d'un médecin pour assurer les soins aigus au domicile des patients. L'autonomie des professions paramédicales a été réduite davantage avec l'interdiction totale qui leur a été faite de passer des contrats avec les organismes d'assurance santé.

Les professions paramédicales connaissent un important taux d'abandon pendant les études ou en début d'activité professionnelle. Ce phénomène a été interprété non seulement comme le résultat de la situation de l'emploi des femmes en Allemagne mais également par un manque de satisfaction vis-à-vis de l'organisation hiérarchique et des perspectives limitées de développement professionnel.

La pénurie d'infirmières a contribué à la mise en place d'une spécialisation fondée sur un enseignement spécifique dans les écoles « polytechniques » au cours des années 80. En 1995, 634 « cadres infirmiers » sont ainsi sortis de l'université sans que leurs prérogatives ne soient vraiment bien définies. Ce diplôme n'ouvre aucun droit particulier en matière d'exercice médical et une partie de ces infirmières spécialisées est employée actuellement par les hôpitaux dans des rôles d'encadrement des équipes d'infirmières.

Par contre, il existe une profession particulière en Allemagne : ce sont les assistantes médicales (493 000 en 2002). Dès l'âge de 16 ans, elle suivent une formation professionnelle de trois années qui associe enseignement théorique au sein d'écoles professionnelles et apprentissage pratique au sein des cabinets médicaux. Il s'agit d'emplois peu qualifiés et peu rémunérés. Leur activité combine des travaux de secrétariat médical et des tâches cliniques de technicité limitée (retrait des fils après points de suture, réalisation d'électrocardiogrammes, audiométrie simple, pansements, prélèvements du sang, injections...). On ne les trouve que dans le secteur ambulatoire mais quasiment chez tous les médecins, le plus souvent à temps partiel. Ces assistantes travaillent uniquement sous la responsabilité des médecins qui peuvent leur déléguer un nombre d'actes relativement important. Ainsi, les cabinets médicaux allemands offrent des services plus étendus qu'en France.

Cette présence des assistantes médicales dans les cabinets médicaux explique pour partie la place assez marginale des infirmières dans le champ des soins primaires. Celles-ci sont davantage présentes dans les soins à domicile.

## **b) Pays-Bas**

Comme en témoigne l'espérance de vie des néerlandais (environ 80 ans pour les femmes et 73 ans pour les hommes), la situation en matière de santé publique aux Pays-Bas est excellente.

La politique néerlandaise en matière de santé est tournée vers les priorités que sont l'accès aux soins pour tous, la qualité des soins, et une meilleure régulation des coûts. Mais les succès relatifs des programmes néerlandais n'échappent pas à la nécessité de procéder comme dans la plupart des pays européens, à des réformes notamment en matière de démographie médicale.

Aux Pays-Bas, de nombreuses initiatives visant à autoriser la réalisation de certaines procédures jusqu'ici réservées aux médecins par des personnels de santé moins qualifiés mais

moins coûteux, ont vu le jour ces dernières années. Ces initiatives découlent des avancées en matière de connaissances et de technologies médicales mais surtout de la nécessité de diminuer les dépenses de santé. A cela est venue s'ajouter la crainte sans cesse plus forte d'une pénurie de médecins, consécutive à la démotivation croissante des candidats. L'idée qu'un transfert et une redéfinition des tâches entre les différentes disciplines médicales et paramédicales puissent rendre leur attrait aux carrières médicales a été largement défendue au sein des diverses instances de santé.

A titre d'illustration, les Pays-Bas se singularisent dans le domaine des transferts à travers les exemples suivants :

- Jusqu'à une période récente, le branchement d'un patient à l'appareil de dialyse rénale était, au moins en partie, effectuée par un médecin. Aujourd'hui, des infirmières spécialement formées à cette tâche effectuent la totalité de la procédure.

- La prise en charge du diabète de type I (insulinothérapie et surveillance du traitement), autrefois exclusivement réalisée par des spécialistes (diabétologues), est maintenant effectuée par des médecins généralistes sensibilisés à la maladie diabétique, ses complications et aux particularités de sa prise en charge et de son suivi.

- Dans les unités de soins intensifs, de nombreuses activités médicales, traditionnellement réservées aux médecins, ont été ré-attribuées aux infirmières, comme par exemple l'insertion des cathéters intraveineux et l'extubation des patients sous assistance respiratoire.

Comme en Allemagne, la place des assistantes médicales est importante dans les cabinets de médecins généralistes. Celles-ci y effectuent, sous la responsabilité du médecin, le même type de tâches, à la fois médicales, techniques et administratives.

### c) Suède<sup>9</sup>

On observe généralement dans la société un changement dans la manière dont les gens perçoivent les professionnels de santé. Auparavant, le médecin faisait l'objet d'une confiance absolue, mais aujourd'hui, les gens cherchent à s'informer (par le biais d'Internet surtout), avant de lui rendre visite. Ces changements se traduisent dans la législation suédoise dans le but de mieux répondre aux attentes des habitants. La relation entre les professionnels de santé et les patients est amenée à évoluer dans le sens d'un plus grand partage de l'information.

En Suède, les infirmières ont leurs propres domaines de responsabilités. Les infirmières spécialisées ont des responsabilités plus étendues. La définition des tâches des infirmières est développée dans les programmes de formation définis dans la loi qui régule l'enseignement supérieur. Ce texte décrit ce qu'une infirmière doit être capable de réaliser à l'issue de sa formation. Il est difficile de dire exactement ce que ces tâches recouvrent. L'activité des infirmières dépend en effet des différents contextes de travail en soins primaires. Elle n'est pas limitée par l'activité des autres professionnels de santé, mais plutôt par les besoins des patients et la façon dont les différents professionnels de santé travaillent ensemble.

Les principaux secteurs d'exercice des infirmières sont la pratique et la théorie infirmière, la recherche, l'éducation et le management des soins infirmiers. Parmi les activités possibles pour les infirmières on peut noter :

---

<sup>9</sup> Extrait de la conférence d'Anette Richardson (16 juin 2005), déléguée officielle de l'Association suédoise des professions de santé, membre du comité représentatif des infirmières de l'Union Européenne.



- la réalisation de bilan de santé du patient ;
- la prescription de médicaments (ce champ est précisément régulé en Suède) ;
- le suivi de l'administration des médicaments, des traitements ;
- l'information, le conseil, l'éducation du patient ;
- la promotion de la santé et la prévention des maladies ;
- la sécurité et l'assurance-qualité (définis par la loi) en coopération avec d'autres professionnels de santé ;
- la contribution à un meilleur environnement de soins pour le patient ;
- la recherche et le développement (chaque infirmière doit continuer à se former tout au long de sa pratique)
- la fonction de manager.

Les infirmières ont joué donc un rôle important dans le système de soins en Suède. Elles peuvent même faire un diagnostic dans les domaines pour lesquels elles se sentent responsables et ont reçu une formation adéquate.

#### **d) Québec**

La croissance de la démographie médicale au Québec a été plus rapide que la croissance de la population, et pourtant la densité médicale est l'une des plus basses des pays occidentaux. L'expérience en matière de planification de la main d'œuvre est particulièrement riche. Le médecin étant la source la plus chère du système de santé mais également la plus essentielle dans le système de soins (laissant peu de place aux interventions d'autres professionnels), le gouvernement a voulu orienter sa politique de gestion de soins en cherchant à contrôler la croissance des coûts des services médicaux et en s'assurant que le nombre de médecins par spécialités et par lieu d'exercice soit adéquat.

Le partage des tâches reste peu abordé mais la répartition des champs de compétence entre professions au Québec est une question d'actualité. Elle vient en parallèle à la baisse importante du nombre d'admissions en médecine, à la fermeture quasi-complète de l'accès des médecins étrangers et aux difficultés rencontrées pour attirer des médecins dans les régions isolées.

Les infirmières canadiennes se sont longtemps battues pour que leur profession conserve son autonomie et qu'elle soit reconnue distinctement de la médecine sur le plan de la théorie et des connaissances pratiques. Cependant, la frontière entre la pratique des soins infirmiers et celle de la médecine est parfois mince et le pas est vite franchi entre l'action de « soigner » et celle de « guérir ».

Même si l'expression infirmière praticienne (« nurse practitioners ») est utilisée de façon différente d'un bout à l'autre du Canada, elle désigne en général une professionnelle de la santé dont le rôle porte davantage sur l'évaluation de l'état de santé, la promotion de la santé et la prévention des maladies. Il y a des infirmières qui œuvrent comme infirmières praticiennes ou qui complètent le travail d'autres professionnels de la santé souvent en milieu rural et isolé.

Selon la définition du Ministère de la Santé, une infirmière praticienne est une infirmière autorisée qui a suivi une formation complémentaire pour dispenser des soins infirmiers dans les cinq domaines qui caractérisent les services de santé (services de promotion, de prévention, curatifs, de réadaptation et de soutien) et à tous les niveaux du système de santé. Les services curatifs (examen, diagnostic et traitement) se chevauchent entre médecins et infirmières et peuvent être dispensés d'une façon sûre et efficace par les uns comme par les autres.

Au Québec, la proportion d'infirmières exerçant dans le secteur des soins primaires (de l'ordre de 15 à 20 %) est assez élevée si on la compare aux autres pays cités : 10 d'entre elles travaillent dans les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) et 10 % dans le secteur privé, ce dernier comprenant notamment les cabinets médicaux et les cabinets de consultation infirmiers à domicile.

Depuis peu, les infirmières ont également la possibilité d'exercer au sein des Groupes de Médecins de Famille (GMF). Créés en 2000 pour améliorer l'accessibilité aux soins, promouvoir la prise en charge globale des patients et la continuité des soins pour une clientèle inscrite volontairement, les GMF sont constitués d'une dizaine de médecins qui pratiquent ensemble, en collaboration avec des infirmières cliniciennes et praticiennes aux compétences étendues. Ils offrent une gamme de services médicaux de première ligne, 24h/24 et sept jours sur sept, incluant les aspects préventifs, curatifs et de réadaptation. La pratique infirmière constitue un enjeu majeur dans ce nouveau modèle d'organisation. L'intégration d'infirmières à l'équipe de médecins est en effet considérée comme un élément essentiel pour le succès de l'équipe et introduit en ce sens une approche novatrice. Au sein du GMF, les infirmières se voient en effet confier des responsabilités étendues, conformément au cadre législatif en vigueur. Elles peuvent effectuer des activités de prévention, de promotion, de dépistage, de gestion de cas, ainsi que des liaisons avec les CLSC et les services de deuxième ligne. Elles ont également en charge le suivi systématique des soins infirmiers des clientèles vulnérables.

#### e) Belgique

La démographie médicale et la question des effectifs médicaux sont en Belgique à la base des conflits entre l'organisation syndicale des médecins et l'Etat belge dont le souci est de contenir les dépenses de santé tout en garantissant le niveau de qualité des soins.

En Belgique, le nombre de médecins est considéré comme pléthorique et la volonté de restriction des effectifs fait l'unanimité que ce soit au sein des mutuelles, des syndicats de médecins et du gouvernement belge.

La situation de la Belgique en terme de transfert de tâches se rapproche de celle de la France, à savoir qu'elle est à l'état embryonnaire dans ce domaine et repose sur des schémas hypothétiques. Les exemples belges envisageables de nouveaux métiers et de substitution de professionnels sont rares et très peu décrits dans la littérature. A part la place des opticiens-optométristes, on ne peut guère citer que certaines hypothèses de développement sur la place des infirmières anesthésistes en péri-opératoire, celle des assistants médicaux dans les services d'urgence pour trier les patients et préparer les anamnèses<sup>10</sup> et enfin celle des assistants sociaux pour le suivi des personnes âgées.

### 3) La délégation d'actes médico-techniques dans le domaine de la cardiologie

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 maintenant la technique d'imagerie la plus utilisée en cardiologie. C'est aussi la technique de diagnostic la plus performante concernant l'évaluation

---

<sup>10</sup> Anamnèse : renseignements fournis par le patient sur son passé et sur l'histoire de sa maladie

de l'anatomie cardiaque, la fonction et l'hémodynamique<sup>11</sup>. L'échocardiographe joue donc un rôle prépondérant dans le processus de diagnostic des pathologies cardiaques.

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

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 opératoire dépendant, sa maîtrise est liée à la formation et 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, à l'anatomie cardiaque et thoracique, à l'hémodynamique, à l'embryologie, à l'anatomie tomographique et à 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 échocardiographes 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 à 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.

Le caractère opératoire 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.

#### **4) Le transfert de tâches dans le domaine de l'ophtalmologie**

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 optométristes. L'optométriste est un fournisseur autonome de soins de santé primaire qui se spécialise dans l'examen, le diagnostic, le traitement, la gestion et la prévention des maladies et des troubles du système visuel, des structures oculaires et associées, ainsi que dans les diagnostics des états systémiques connexes.

Un patient présentant un trouble oculaire a deux possibilités en pratique :

- Premièrement, consulter son médecin généraliste. S'il s'agit d'un désordre externe, par exemple une conjonctivite, il lui donnera un traitement. 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» qui comprend un interrogatoire, une réfraction, un fond d'œil non dilaté, une mesure

---

<sup>11</sup> Hémodynamique : qui correspond aux conditions mécaniques de la circulation du sang : débit, pression, vitesse du sang...

du tonus oculaire en fonction des facteurs de risque et la 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.

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 bénéficier de ses compétences. Les optométristes sont bien plus nombreux que les ophtalmologistes (8870 contre 1486). 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 simple (myopie, hypermétropie et astigmatisme) ;
- un lien direct entre prescripteur et fabricant de lunettes rendant plus aisée une éventuelle réclamation concernant la correction.

Les **inconvénients** sont bien plus nombreux :

- un délai d'attente inacceptable pour la prise en charge des pathologies plus grave du fait d'une part du circuit imposé (optométriste  $\Rightarrow$  généraliste  $\Rightarrow$  spécialiste) et d'autre part du manque de spécialistes ;
- des consultations inutiles ;
- une réduction du nombre possible d'interventions chirurgicales pratiquées, avec pourtant un plus grand nombre de professionnels de la vision ;
- un coût (en nombre d'années de formation) des professionnels de la vision plus élevé au Royaume-Uni qu'en France.

Au **Canada**, les patients peuvent consulter librement un optométriste ou un ophtalmologiste mais souvent ne savent pas qui voir pour quelle pathologie. Les optométristes ont un droit de prescription limité à certaines substances et peuvent traiter les glaucomes. Certains Etats envisagent même de les autoriser à pratiquer des actes de chirurgie laser. Les **avantages** du système canadien sont peu nombreux : on peut encore argumenter la rapidité du libre accès pour les pathologies bénignes. Les **inconvénients** sont :

- le manque d'infrastructure ;
- le manque d'ophtalmologistes ;
- un délai d'attente pour les actes opératoires trop long ;
- un accès freiné par le plafonnement des revenus des ophtalmologistes.

L'optométrie s'est donc 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 trop long pour les pathologies graves) et 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 (par exemple, dans l'Etat de l'Oklahoma les activités de l'optométriste vont jusqu'à la chirurgie de la cornée et la chirurgie esthétique des paupières).

## **5) L'intervention d'infirmières spécialisées en diabétologie**

De nombreuses publications anglo-saxonnes font état depuis une dizaine d'années d'une amélioration de la qualité et du résultat des soins grâce à l'intervention d'infirmières spécialisées en diabétologie auprès des patients diabétiques de type 2.

L'intervention des infirmières permet une intensification de la prise en charge des patients, ce que les anglo-saxons appellent « case management ». Pour cela, les infirmières recourent à plusieurs types d'intervention :

- Soit en utilisant à plein leurs compétences d'auxiliaire médical :
  - réalisation d'un bilan somatique et psycho-social personnalisé ;
  - contact téléphonique avec les patients pour s'enquérir de leurs difficultés, les conseiller sur leurs pratiques d'auto-surveillance, leur rappeler les rendez-vous programmés, les orienter vers des consultations spécialisées si un problème a été identifié ;
  - éducation en groupe ou face à face individuel ;
- Soit en modifiant les traitements par délégation du médecin. Ces modifications thérapeutiques sont réalisées dans le cadre de protocoles pré-établis et sont limitées à des changements de dose. Si l'initiation d'un nouveau médicament est jugée nécessaire, l'infirmière doit en référer au médecin qui prescrit sa proposition.

Le contexte de ces interventions doit être précisé : dans tous les cas, les infirmières ont reçu une formation complémentaire à la prise en charge des diabétiques et même parfois de l'anxiété et des états dépressifs. D'autre part, elles coopèrent avec les médecins en charge des patients dans le cadre d'organisations multidisciplinaires : services hospitaliers, « Health Maintenance Organisations » aux USA, « Primary care clinics » du NHS au Royaume-Uni.

D'après les examens et les traitements prescrits, la qualité des soins assurés par les infirmières et les médecins généralistes aux patients diabétiques de type 2 apparaît équivalente (Aubert et al. [1998], Peters et al. [1998], Davidson [2003]). La satisfaction des patients est comparable, ou même plus importante avec le suivi infirmier (Piette et al. [2001], Gary et al. [2003]). Dans certaines circonstances, les soins assurés par les infirmières peuvent même être d'une qualité équivalente à ceux assurés par les diabétologues

En fait, certaines études montrent que le suivi infirmier des diabétiques ne constitue pas réellement une alternative aux modes de prise en charge habituels, mais permet une intensification de la prise en charge dans les situations d'échec ou à haut risque. Cette intensification passe par la mise à disposition de nouveaux services que ni les médecins généralistes, ni les spécialistes libéraux, ni les spécialistes hospitaliers ne seraient en mesure de fournir aisément.

## **II) Le transfert de tâches en France : de très rares initiatives**

Si à l'étranger les exemples de transfert de compétences sont nombreux, et souvent anciens, ils sont plus rares en France.

Aussi rares qu'elles soient, il existe en France quelques initiatives de transferts de compétences mises en place d'un commun accord entre les acteurs médicaux et paramédicaux, ces derniers ayant acquis, par leur exercice, les compétences nécessaires à la réalisation de certains actes. Ces expériences, qui concernent essentiellement le milieu

hospitalier, ont le mérite de démontrer la faisabilité de ces transferts. Elles ont en revanche l'inconvénient d'être isolées et de ne pas avoir reçu de reconnaissance officielle, au détriment des professionnels qui y prennent part.

### 1) **Le transport médicalisé**

On peut citer l'exemple du Smur de Toulon - La Seyne sur Mer où, dans certaines circonstances, le médecin habituellement à bord du véhicule est remplacé par une infirmière. Ce cas est intéressant dans la mesure où il défie les habitudes françaises en matière de transport médicalisé. Alors qu'outre-Atlantique des paramédicaux officient depuis toujours à bord des véhicules de premiers secours, en France, c'est un médecin urgentiste qui conduit les opérations, règle à laquelle la profession s'affirme particulièrement attachée. Cette initiative a donc suscité de nombreuses protestations locales. Cependant, une première évaluation établie en mai 2003 a porté sur 72 interventions. Le renfort d'un praticien n'a jamais été nécessaire et aucune plainte n'a été enregistrée. Le rapport avec les patients, leur famille et les médecins traitants ont été excellents, ce qui n'a pas toujours été le cas avec les sapeurs-pompiers, peu habitués à être dirigés par des infirmières. Encouragée par ces résultats satisfaisants, l'expérience se poursuit actuellement.

### 2) **La délégation de tâches en cabinet médical**

Une étude expérimentale de la délégation de tâches au cabinet médical, intitulée ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe) a débuté début 2004 en région Poitou-Charentes sur l'initiative de l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux).

La notion de santé contenue dans le nom du projet souligne l'orientation vers des actions visant à éviter la survenue de maladie ou de complications, et à offrir aux patients les moyens d'être des acteurs de leur santé.

La notion d'équipe quant à elle, procède du constat qu'un groupe de médecins travaillant en synergie au sein d'un cabinet médical libéral, offre une qualité des soins et un confort de travail supérieurs. La présence d'un collaborateur paramédical salarié par le cabinet autorise un modèle de délégation de tâches en médecine générale : sous la responsabilité des médecins, et sur prescription de ces derniers, le collaborateur intervient principalement en seconde ligne afin d'aider le cabinet dans la réalisation de procédures de prévention et dépistage, d'éducation sanitaire et thérapeutique.

#### a) **Les objectifs :**

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

##### ➤ **Développer l'éducation à la santé et l'éducation du malade :**

L'éducation sanitaire est orientée vers des populations spécifiques comme les mères, les enfants et adolescents, les personnes âgées. Il s'agit de délivrer des conseils, des informations à des personnes non malades, soit de façon individuelle, soit en séance de groupe, dans le but de les aider à éviter l'exposition aux facteurs de risques.

L'éducation thérapeutique est quant à elle orientée vers les malades atteints de pathologies chroniques (diabète, obésité, alcoolisme, asthme, hypertension artérielle...) Ces

actions d'éducation à la santé requièrent un savoir-faire spécifique et des modalités d'organisation particulières qui sont difficilement applicables en médecine de ville aujourd'hui (temps d'échange avec les patients, création ou utilisation de supports adaptés, organisation de séances collectives...). Pourtant, la possibilité de les offrir dès le cabinet médical les rend plus efficaces : la proximité sociale et affective de l'équipe avec le patient permet une garantie d'adaptation et d'adéquation des actes avec les caractéristiques du patient, et autorise un véritable suivi, puisque les actes sont clairement identifiés et validés par l'équipe prescriptrice.

➤ Développer le dépistage individualisé :

Un double constat s'impose :

- L'application des recommandations de dépistage de certaines pathologies comme les cancers et les maladies cardio-vasculaires pose des difficultés en pratique réelle : pour appliquer ces recommandations, les médecins ne disposent pas toujours de l'information relative à la personne qu'ils voient en consultation pour un autre motif que le dépistage.
- Au-delà des grandes campagnes nationales de dépistage, il est nécessaire d'adapter l'action de dépistage aux caractéristiques de chaque patient. Ce dépistage individualisé, basé sur des variables telles que les antécédents familiaux, le lieu de vie, l'âge et le sexe, garantit pourtant une meilleure acceptabilité, et surtout un réel bénéfice en terme de santé publique.

➤ Anticiper l'augmentation de la demande en réorganisant les soins :

S'il ne s'inscrit pas dans un avenir immédiat, cet objectif est très présent dans la démarche d'expérimentation. Le vieillissement de la population, conjugué au développement des pathologies chroniques pèse sur la demande de soins qui s'exprime au cabinet du médecin de ville ou de campagne. Dans un contexte de diminution du nombre de médecins, l'enjeu est alors de réorganiser l'activité du médecin traitant afin de faire face à une augmentation de la demande tout en garantissant la qualité des soins.

En partageant le suivi des patients avec l'infirmière, les médecins pourront suivre un plus grand nombre de patients et se consacrer aux patients «complexes » en se recentrant sur la relation avec le patient, l'activité de synthèse et de prescription.

**b) Le fonctionnement :**

En pratique, trois infirmières ont reçu une formation et ont été intégrées dans trois cabinets de groupe de médecine générale des Deux-Sèvres, sous la responsabilité des médecins. Quatre missions leur ont été attribuées.

Tout d'abord, elles doivent réaliser des sessions d'éducation à la santé (diabète de type 2, obésité, enquêtes alimentaires...). Il s'agit de proposer au patient par l'intermédiaire du médecin, un suivi associant une consultation individuelle ou de groupe se déroulant au cabinet, sous la responsabilité du médecin. Ces séances sont conseillées par les médecins aux patients et sont réalisées par l'infirmière selon des critères précis et programmés.

Ensuite, elles doivent développer le dépistage individualisé sur les situations à risques choisies en commun, en intervenant dans un protocole défini par le cabinet :

- en amont par l'identification de patients à risque dans la clientèle des médecins du cabinet, par exemple en mobilisant la base de données informatique ;

- en appui à l'activité du médecin, par exemple par la collecte de données par questionnaire ;
- en aval par le suivi du dossier en cas d'examen complémentaire, le recueil des résultats et éventuellement la relance des personnes.

Elles sont également chargées de participer au bon fonctionnement du cabinet : réponse téléphonique au même titre que les autres membres du cabinet, mise à jour de la base de données, gestion des stocks et gestion des trousse d'urgence des médecins...

Enfin, elles participent au recueil de données qui permettra de renseigner les indicateurs retenus pour l'évaluation des actions d'éducation à la santé et de dépistage mais aussi l'évaluation des impacts en terme d'organisation et d'activité du cabinet.

### **c) Les effets attendus de cette expérimentation :**

Une **amélioration du service rendu au patient** c'est-à-dire la possibilité pour lui d'être plus autonome par rapport à sa maladie. Ceci passe par la délivrance d'informations plus complètes et détaillées sur la maladie, les actions de prévention des complications à mettre en place, les modalités d'utilisation des traitements, l'anticipation et la gestion des complications. C'est aussi la préservation de la santé du patient par la délivrance de conseils (diététiques pour les jeunes enfants, contraception pour les adolescents, chutes pour les personnes âgées). Il peut être attendu des effets sur la satisfaction des patients, des effets sur la qualité de vie, voire à terme sur la survie des patients, mais aussi des effets sur les modalités de recours aux soins de la part des patients (moins sollicitation des médecins et des services d'hospitalisation, meilleure utilisation des traitements par amélioration de l'observance thérapeutique).

**Du point de vue des médecins**, les effets attendus portent sur le confort d'exercice ce qui comprend une meilleure garantie de suivi des patients, une meilleure gestion de l'information médicale, un recentrage de leur activité sur la synthèse et la relation au patient, une plus grande attractivité des cabinets pour les jeunes médecins et donc à terme une garantie de préservation de l'outil de travail.

**Du point de vue des financeurs**, le développement d'une activité nouvelle engendre tout d'abord des coûts supplémentaires qui seront assumés pour partie par les cabinets, pour partie par les fonds propres de l'URML engagée dans le financement de l'expérience. Ces coûts comprennent une partie d'investissement (aménagement d'un local, équipement informatique, ligne téléphonique), une partie pour le fonctionnement, en l'occurrence le salaire de chaque personne recrutée et une partie propre à la démarche d'expérimentation, à savoir le recrutement des personnes, leur formation, le suivi du projet et l'évaluation de ce dernier. Enfin, il ne faut pas négliger les coûts cachés, comme l'encadrement par les médecins de l'infirmière.

### **d) Les premiers résultats :**

#### **Compte rendu de la réunion ASALEE du 5 janvier 2005 :**

*Bilan au bout de 6 mois d'expérimentation :* Des protocoles de suivi des diabétiques (dépistage, suivi, régimes) et des dépistages du cancer du sein ont été réalisés. La démarche est moins avancée sur le dépistage des troubles cognitifs. Des processus de vérification des données d'information des cabinets ont été entrepris et un système d'information dédié a été mis en place. Chaque cabinet utilise l'infirmière de façon différente mais globalement l'adaptation est bonne et les patients ont rapidement intégré la démarche.



*Difficultés et problèmes soulevés :*

- problème pour le recrutement des infirmières du fait de salaires peu motivants ;
- acceptation parfois difficile entre médecin et infirmière ;
- informatique au sein des cabinets : lourdeur dans l'utilisation et l'exploitation des systèmes d'information, logiciels non adaptés ;
- problématique des questions de sécurité posée : il faut durcir le système d'information existant ;
- il faut bien définir qui fait quoi pour éviter la confusion avec les postes de secrétaires.

Compte rendu de la réunion ASALEE du 23 mars 2005 :

*Point de situation :*

Le dépistage des troubles cognitifs a débuté sur les trois cabinets.

Une demande sur l'utilisation du serveur Esper (consultation de prévention assistée par un logiciel) a été faite par certains médecins.

*Procédures d'évaluation :*

Des questionnaires sont en cours sur le diabète. Ils sont complétés pour les patients entrés ou non dans le dispositif. Les points abordés sont :

- population cible : ensemble des personnes qui relèvent des programmes de dépistage prévus dans Asalée.
- évaluation prospective avec repérage des procédures à risque
- impact organisationnel : évolution du volume d'activité en identifiant l'évolution du nombre de patients sur une année à partir du moment où l'infirmière a débuté l'activité
- impact économique : impact des ressources consommées (voir si cela augmente pour l'Assurance Maladie, coût moyen d'un patient vu par une infirmière)
- acceptabilité pour les professionnels de santé
- enquête satisfaction auprès des patients

**3) Le suivi des pathologies chroniques**

Il existe d'autres exemples qui paraissent moins audacieux d'autant que les pratiques concernées sont souvent passées dans les habitudes des services sans être ressenties comme un réel transfert de compétences. Ils correspondent à des organisations spécifiques d'équipes prenant en charge des patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète insulino-dépendant, l'asthme, l'insuffisance rénale ou les atteintes inflammatoires du côlon. Ici, les infirmières ont un rôle important à jouer dans le suivi de ces malades, la coordination des examens de surveillance, la prévention des complications, l'éducation, le dépistage et la vérification du respect des traitements. Cependant, 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 infirmières. Elles sont sélectionnées non pas sur un niveau de formation adapté à leurs nouvelles tâches, mais sur le volontariat et sans doute l'expérience professionnelle.

#### **4) La création du métier de « technicien en cardiologie »**

Dans le domaine de la cardiologie un éventuel partage des activités serait susceptible de permettre une meilleure adéquation entre augmentation de la demande de soins et réduction de l'offre.

La prévention cardio-vasculaire et le suivi de pathologies chroniques telles l'hypertension artérielle non compliquée et l'insuffisance cardiaque, devraient pouvoir être délégués en partie aux médecins généralistes, à condition que leur formation (théorique et pratique) de 3<sup>e</sup> cycle leur donne une réelle compétence en ce domaine. Cela impliquerait que soient institués dans le cadre du nouveau diplôme d'études spécialisées de Médecine générale, un enseignement théorique adapté et un stage de formation préférentiel dans un service hospitalier validant pour la discipline «Cardiologie et maladies vasculaires». Rappelons que dès à présent, plus de 30 % des prescriptions en médecine générale concernent les pathologies cardio-vasculaires. Cette prise en charge partagée pourrait se faire dans le cadre de réseaux de soins où le cardiologue pourrait intervenir comme coordonnateur ou partenaire-consultant.

La société française de cardiologie<sup>12</sup> propose également de créer, sur la base exclusive du volontariat, une aide technique à la pratique cardiologique afin de répondre à la demande d'examens de plus en plus nombreux, d'harmoniser les pratiques, et de recentrer le cardiologue sur l'interprétation des résultats, en s'affranchissant de la réalisation du support logistique. Il s'agirait d'une délégation de compétence, et non d'un transfert d'activité. Ce nouveau métier de « technicien en cardiologie » impliquerait une formation spécifique dans une école agréée, sanctionnée par un diplôme national à l'image de ce qui se fait pour les manipulateurs d'électroradiologie. En secteur libéral, l'activité de ces techniciens ne ferait l'objet d'aucune rémunération spécifique par l'Assurance Maladie. Ce technicien-opérateur doit pouvoir assurer la réalisation d'actes diagnostiques simples et standardisés, pour le compte de plusieurs praticiens libéraux ou hospitaliers. Cela concernerait essentiellement l'échographie-doppler cardiaque et vasculaire, mais aussi la vérification des stimulateurs et défibrillateurs cardiaques..., voire d'autres activités non médico-techniques. Le processus doit être parfaitement standardisé. Dans le cadre de l'imagerie non invasive, c'est le technicien qui effectue l'examen, enregistre et stocke les images et autres données, et c'est le cardiologue qui les valide, les interprète, et complète si besoin l'examen avant de laisser repartir le patient.

Les avantages escomptés sont un gain de temps médical et de productivité, une meilleure standardisation et interprétation des mesures... permettant au cardiologue de réinvestir un temps précieux dans d'autres activités, en particulier cliniques. Dans tous les cas, cette aide technique doit demeurer optionnelle, mais il est logique de penser que la plupart des cabinets de groupe libéraux, et des services de cardiologie tant en hospitalisation publique (CHU et la plupart des hôpitaux généraux « pôles de référence ») que privée pourraient recruter un à deux techniciens, soit plusieurs centaines en France.

Selon la société française de cardiologie, pour faire face à cette demande, il faudrait prévoir la formation de 50 à 100 techniciens par an pendant 5 ans, chiffre qu'il faudrait ensuite moduler en fonction de l'évolution du métier et des capacités offertes. La réalisation de ces objectifs impliquerait l'accord du CNOM et des autorités de tutelle, pour étendre la jurisprudence dont bénéficient les radiologues à d'autres disciplines, dont la Cardiologie. Il faudrait créer l'école ou les écoles nécessaires, définir un programme de formation, la durée des études... L'expérimentation pourrait débiter simultanément dans les services de cardiologie d'établissements d'hospitalisation publics ou privés, volontaires, ainsi que dans de gros cabinets de groupe libéraux pour lesquels pourrait éventuellement être mobilisé le fonds

---

<sup>12</sup> « Le futur métier de cardiologue », Société française de cardiologie, juin 2004.

d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), avec procédure d'évaluation externe menée au bout de deux ou trois ans.

# Partie 2

*Résultats de l'enquête auprès  
des médecins généralistes  
et cardiologues*

Afin de résoudre les problèmes posés par une éventuelle pénurie de professionnels de santé dans certains secteurs, il est nécessaire d'étudier le contenu de l'activité de ces professionnels pour rechercher les éléments de cette activité qui pourraient être allégés ou transférés sur d'autres professionnels moins qualifiés. Deux catégories de professionnels seront étudiés ici : les médecins généralistes et les médecins cardiologues.

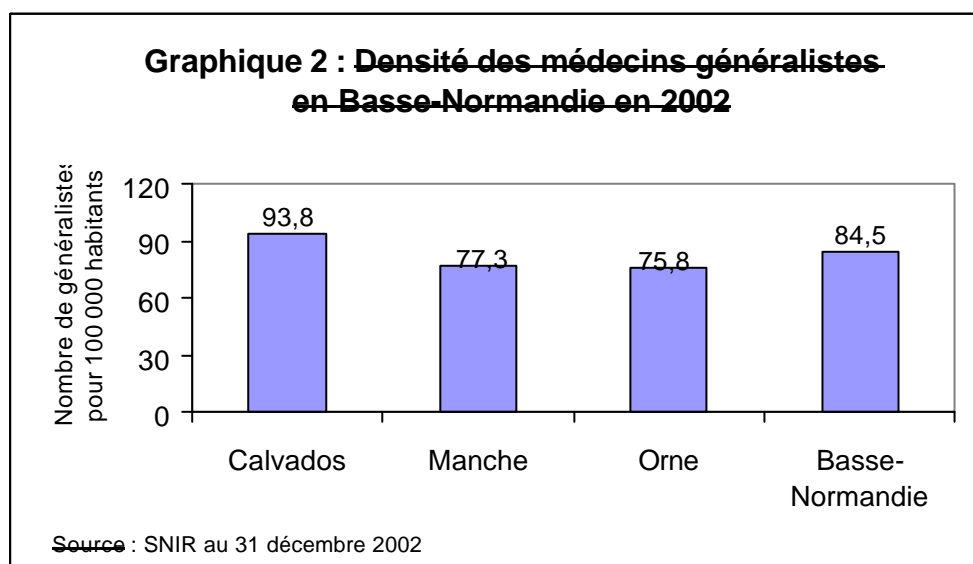
## I) Etude sur la délégation de tâches des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé

Après présentation de la démographie médicale de chacune des catégories de médecins étudiée, la méthodologie sera exposée, puis les résultats de l'analyse.

### 1) Démographie des généralistes

La densité de médecins généralistes s'établit en métropole à 92 médecins pour 100 000 habitants (103 si on prend en compte les médecins à mode d'exercice particulier). Il est apparu (voir introduction) qu'en général les régions du Sud connaissent des densités plus élevées que les régions du Nord de la France. Cette opposition est moins franche pour les généralistes. La région la mieux dotée (Languedoc-Roussillon) possède « seulement » une fois et demi plus de médecins généralistes que la région la plus faiblement dotée (Ile-de-France)<sup>13</sup>.

La région Basse-Normandie fait partie des régions les moins bien dotées avec une densité de 84,5 généralistes pour 100 000 habitants (cf annexe 2). Les chiffres sont encore plus inquiétants quand on regarde les densités par départements (cf graphique 2). En effet, l'Orne par exemple, compte moins de 76 généralistes pour 100 000 habitants, un chiffre encore inférieur à la plus faible densité régionale. Par contre, le Calvados se situe légèrement au-dessus de la moyenne nationale.



<sup>13</sup> L'écart est de 1.8 entre Picardie et PACA en ce qui concerne le total des médecins et de 2.5 entre ces deux même régions en ce qui concerne les spécialistes ! A noter que la région Ile-de-France est la deuxième région la mieux dotée en spécialistes (cf annexe 3).

## **2) Méthodologie**

La première étape avant de commencer le recueil d'informations a été de constituer un groupe de travail de médecins volontaires, portant un intérêt au thème de la délégation de tâches et acceptant de donner un peu de leur temps pour participer. Une première liste de médecins généralistes a été fournie par l'URML. Au final, six médecins ont accepté de collaborer au projet.

En même temps que se constituait le groupe de travail, un premier inventaire des tâches réalisées par un médecin généraliste a été établi, à partir de la connaissance commune des consultations mais surtout à partir des lectures sur le transfert de tâches, notamment à l'étranger. Cette première grille de classement (cf annexe 4) a été réalisée par un ensemble de personnes non spécialistes c'est-à-dire qui ne connaissait pas précisément le domaine de la médecine. Cette grille a ensuite été envoyée aux médecins du groupe, accompagnée d'une lettre expliquant le contexte et les objectifs de l'étude (cf annexe 5).

Une première réunion, à laquelle ont assistés les six médecins ainsi que les responsables du projet, a donc été organisée par la suite. Celle-ci avait pour objet de modifier, compléter et valider la grille à la convenance des médecins. Le résultat se trouve en annexe 6. Les médecins ont raisonné selon le déroulement d'une consultation. Les tâches des médecins ont donc d'abord été divisées en deux grandes catégories qui sont, d'une part les tâches médicales, et d'autre part les tâches non médicales. Puis, à l'intérieur de ces catégories on trouve différentes rubriques : interrogatoire, examen clinique, gestes techniques, commentaires d'exams complémentaires, mise à jour du dossier du patient, synthèse de la consultation et prévention pour les tâches médicales ; tâches administratives en présence du patient pour les tâches non médicales. Enfin, les tâches ont été détaillées pour chaque rubrique. L'ensemble de ces tâches fait partie des «tâches réalisées pendant la consultation». D'autres ont été regroupées dans une catégorie appelée «tâches réalisées en dehors des consultations ». Ce sont principalement des tâches administratives et des tâches sociales.

Lors de cette première réunion il a également été décidé de la manière de quantifier les tâches ainsi que du nombre de jours de recueil. Après réflexion, il a été demandé aux médecins du groupe de travail (cf note explicative en annexe 7):

- pour les tâches réalisées pendant la consultation, de remplir une fiche par patient. Ainsi, ils ont eu à cocher toutes les tâches réalisées lors de chaque consultation. De plus, ils ont dû estimer (en pourcentage) le temps passé à chaque catégorie de tâches (interrogatoire, examen clinique, gestes techniques...). Pour chaque consultation, la somme des pourcentages devait donc être de 100 %. Enfin, pour avoir une idée de la durée moyenne d'une consultation, ils ont indiqué les heures d'arrivée et de sortie du patient (consultation) ou chez le patient (visite).
- pour les tâches réalisées en dehors des consultations, ils ont dû indiquer en les cochant toutes les tâches réalisées au cours de la journée ainsi que le temps global passé dans la journée aux tâches administratives, sociales ou autres.

Enfin, les médecins se sont mis d'accord pour réaliser ce recueil d'informations pendant trois jours : un lundi, un mercredi et un vendredi consécutifs. La période de recueil s'est étalée du 18 avril 2005 au 6 mai 2005.

Après avoir recueilli l'ensemble des fiches, une base de données a été constituée sous Excel. Pour cela, chaque tâche s'est vu attribuer un code d'identification (cf dictionnaire des variables en annexe 8). Puis, pour chaque consultation et chaque tâche, un «1 » a été inscrit quand la case était cochée, un « 0 » sinon.

### **3) Analyse des résultats**

#### **a) Présentation générale des consultations :**

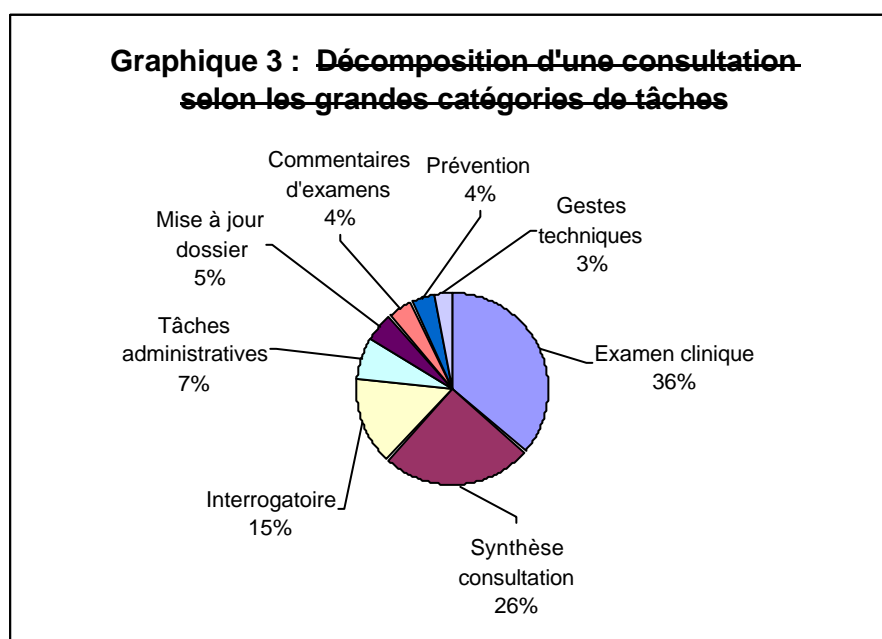
Une fiche de renseignements (cf annexe 9) a été remplie par les médecins du groupe pour avoir un aperçu de ce dernier. Le groupe de travail était composé de cinq hommes et une femme. Quatre des médecins exercent en cabinet indépendant. Les deux autres exercent en cabinet de groupe ; l'un avec un médecin, l'autre avec deux médecins. Un seul des médecins exerce en zone urbaine (Verson). Les autres sont installés en zone semi-rurale (Argentan, Saint Georges des Groseilliers, Coutances) ou en zone rurale (Saint Georges de Rouelley, Cerences). La plupart exerce depuis entre 10 et 20 ans. Un exerce depuis moins de 5 ans (en zone urbaine) et un depuis plus de 20 ans (en zone semi-rurale). Quatre sur six n'ont pas de secrétaire médicale.

Il était prévu que les six médecins recueillent les informations concernant leurs tâches pendant trois jours, ce qui aurait conduit à 18 jours de recueil. Cependant, un des médecins n'a pu remplir les fiches que pendant deux jours. De plus, les questionnaires d'un autre médecin se sont avérés inexploitable en l'état. La synthèse des résultats a donc été faite sur 14 jours de recueil, ce qui représente 415 consultations et visites, soit environ 30 par jour. La durée moyenne d'une consultation est de 16 minutes.

En ce qui concerne le motif, 53 % des consultations font référence à des pathologies aiguës, 36 % à des pathologies chroniques et 11 % sont non renseignées.

De manière générale, une consultation se compose de (cf graphique 3):

- 15 % d'interrogatoire ;
- 36 % d'examen clinique ;
- 3 % de gestes techniques ;
- 4 % de commentaires d'examens supplémentaires ;
- 5 % de mise à jour du dossier patient ;
- 26 % de diagnostic et prescription ;
- 4 % de prévention ;
- 4 % de tâches administratives.



Si on regarde plus en détail, on observe que sur l'ensemble des consultations :

- les antécédents du patient ont été demandés dans 43 % des cas ;
- un contrôle des signes vitaux et un examen clinique sans appareil ont été réalisés dans respectivement 90 % et 88 % des cas ;
- une mise à jour du dossier du patient a été faite dans 66 % des cas ;
- un diagnostic a été fait dans la moitié des cas ;
- une prescription a eu lieu pour 96 % des consultations et il s'agit le plus souvent de prescription de médicaments (89 % des cas).

On constate donc que les gestes techniques ne représentent qu'une faible part de l'activité des médecins généralistes. La partie la plus importante de leur travail concerne l'examen clinique, qui permet de dresser un diagnostic, qui donne ensuite lieu à une prescription. Bien sûr, il est rare que l'ensemble de ces tâches soit réalisé dans une même consultation. Il est donc plus intéressant de raisonner sur une journée plutôt que sur une consultation isolée.

Ainsi, si on considère une journée de travail de 8 heures (temps passé aux consultations et visites uniquement), celle-ci se décompose, en moyenne, de la manière suivante :

- 1 heure et 15 minutes pour l'interrogatoire ;
- 2 heures et 45 minutes pour l'examen clinique, dont 1 heure et 15 minutes pour contrôle des signes vitaux et le même temps passé à l'examen clinique sans appareil ;
- 15 minutes pour les gestes techniques ;
- 25 minutes pour les commentaires d'examens complémentaires ;
- 22 minutes pour la mise à jour du dossier du patient ;
- 2 heures et 5 minutes pour la synthèse de la consultation, dont 1 heure passée à la prescription ;
- 20 minutes pour la prévention ;
- 34 minutes pour les tâches administratives.

Le détail du temps passé à chaque tâche se trouve en annexe 10.

Le temps moyen de travail par jour se situe autour de 9h30 (hors temps de trajet pour se rendre sur les lieux des visites). Deux médecins se détachent néanmoins avec trois jours où ils ont travaillé plus de 10 heures.

### **b) Synthèse des tâches réalisées pendant les consultations :**

Pour les analyses qui suivent c'est le logiciel SPAD qui a été utilisé (cf résultats en annexe 11).

On cherche **dans un premier temps** à réaliser une synthèse globale des tâches en déterminant des groupes de consultation ayant des caractéristiques proches. Ainsi, quatre groupes peuvent être mis en avant. Tous les résultats sont significatifs au risque classique de 5%.

Le premier groupe est composé de 140 consultations. Durant ces consultations, *l'examen clinique* et la *synthèse de la consultation* ont été réalisés en majorité. On constate que ce sont plutôt des consultations courtes.

Le deuxième groupe est constitué de 49 consultations. Pour celles-ci, c'est la partie *interrogatoire* qui domine.

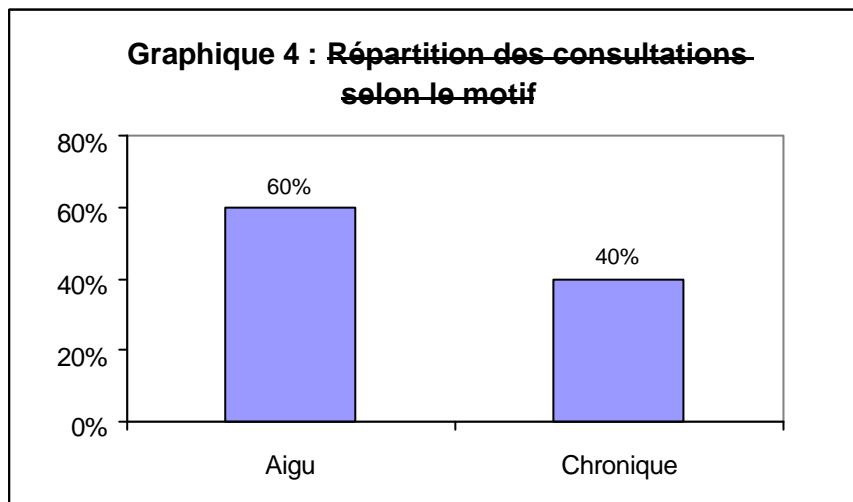


Le troisième groupe comporte 152 consultations. Les tâches réalisées en majorité dans ce groupe sont les *tâches administratives*, la *mise à jour du dossier*, la *synthèse de la consultation* et les *gestes techniques* (sachant que ces derniers représentent une faible part de l'activité du médecin donc concernant un petit nombre de consultation). La durée de ces consultations est dans la moyenne (entre 13 et 19 minutes).

Enfin, le dernier groupe est composé de 74 consultations. Les tâches dominantes de cette classe sont les *commentaires d'examens complémentaires* et la *prévention*. Ce sont plutôt des consultations longues.

**Dans un deuxième temps**, une analyse discriminante linéaire a été effectuée pour déterminer l'existence ou non de tâches permettant de différencier les consultations pour pathologies aiguës et les consultations pour pathologies chroniques, relativement aux grandes catégories de tâches.

Si on exclut les consultations pour lesquelles le motif était non renseigné, on obtient alors 221 consultations pour des pathologies aiguës et 149 pour des pathologies chroniques (cf graphique 4).



Le modèle obtenu n'est pas très bon (il explique davantage les « aigus » que les « chroniques ») mais permet de conclure, avec précaution, que certaines catégories de tâches sont plus fréquentes pour l'un ou l'autre motif. Ainsi, les gestes techniques et la synthèse de la consultation ont lieu en majorité lors de consultations pour des pathologies aiguës. A l'inverse, les commentaires d'examens complémentaires et la prévention se rapportent plutôt à des pathologies chroniques.

Si on s'intéresse à la répartition entre consultations pour pathologies aiguës et consultations pour pathologies chroniques au niveau de chaque médecin et donc en fonction de la zone d'installation, on obtient les résultats suivants :

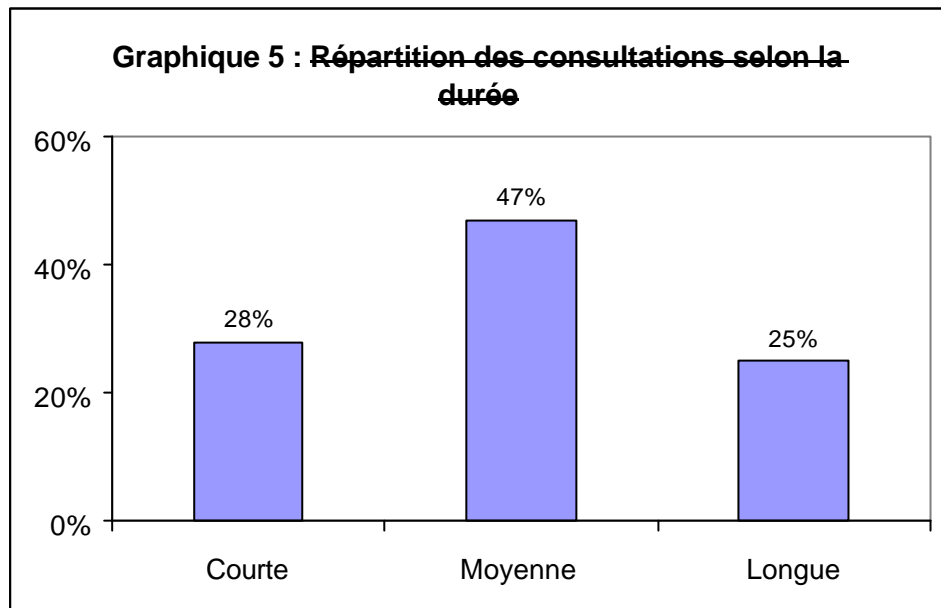
Zone d'installation	Aigu	Chronique
semi-rurale	81%	19%
semi-rurale	56%	44%
rurale	45%	55%
rurale	61%	39%
urbaine	58%	42%

On constate qu'il y a, en moyenne, plus de consultations pour pathologies chroniques en milieu rural (47 % contre 32 % en zone semi-rurale et 42 % en ville).

Dans un **troisième temps**, une différenciation des consultations a été faite selon leur durée et relativement à chacune des tâches.

Trois classes ont été constituées selon la durée de la consultation (cf graphique 5) :

- courte : inférieure ou égale à 12 minutes (118 consultations)
- moyenne : entre 13 et 19 minutes (194 consultations)
- longue : supérieure ou égale à 20 minutes (103 consultations).



On constate donc que les consultations sont **courtes** quand :

- il n'y a pas de déshabillage/habillage de patients ;
- il n'y a pas de commentaires d'examen biologiques ;
- il n'y a pas de diagnostic, ni de proposition thérapeutique.

Elles sont considérées comme **moyennes** quand :

- le médecin a fait un commentaire d'imagerie ;
- il y a un diagnostic et une proposition thérapeutique ;
- le médecin a fait de l'éducation sanitaire ;
- le médecin a dû répondre au téléphone.

Les consultations sont **longues** quand :

- il a fallu déshabiller/habiller le patient ;
- il y a eu un examen biologique à interpréter et un courrier correspondant à lire ;
- le médecin a prescrit des soins ;
- le médecin a dû téléphoner.

Une différenciation a également été faite selon le lieu d'installation du médecin, c'est-à-dire rural, semi-rural ou urbain. Cependant, aucune tâche permettant de distinguer ces trois groupes ne s'est vraiment dégagée.

### **c) Synthèse des tâches réalisées en dehors des consultations :**

Trois types de tâches ont été retenus en ce qui concerne les tâches réalisées en dehors des consultations (une fiche remplie pour chaque journée de recueil donc au total 14 fiches). Ce sont : les tâches administratives, les tâches sociales et une catégorie « autres tâches » (cf détail en annexe 6).

Ainsi, les médecins du groupe de travail ont passé en moyenne par jour :

- 45 minutes aux tâches administratives. Ce sont principalement l'ouverture et l'analyse du courrier, la gestion du cabinet ainsi que passer des coups de téléphone et conseiller les patients au téléphone. Les médecins passent environ 7 minutes à chacune de ces tâches ;
- 6 minutes aux tâches sociales ;
- 33 minutes aux autres tâches (principalement la réception de visiteurs médicaux).

*Remarque* : le temps passé aux tâches sociales n'est pas représentatif du temps réel passé à ces tâches. En effet, les médecins du groupe ont estimé y passer beaucoup plus de temps. Cette sous-estimation peut être dû au fait qu'une partie de ces tâches a pu être comptabilisée dans les coups de téléphone passés ou reçus. Il se peut également que durant ces quelques jours de recueil, les médecins n'ont pas eu beaucoup de tâches sociales à effectuer, mais quand ils en ont, cela leur prend beaucoup de temps.

Au total, on constate donc que les médecins passent en moyenne 1 heure et 20 minutes dans la journée aux tâches administratives, qu'elles soient réalisées en présence ou en l'absence du patient. Deux des cinq médecins sont assistés d'une secrétaire médicale ; leurs tâches administratives devraient donc être moins importantes que celles des autres médecins. Paradoxalement, ce qu'on observe est surprenant. Un des deux médecins ayant une secrétaire a coché beaucoup moins de tâches administratives que les autres sur l'ensemble des trois jours de recueil. Par contre, c'est celui qui a passé le plus de temps à ces tâches en dehors des consultations (plus de 3 heures et 30 minutes). A l'inverse, l'autre médecin a coché un nombre de tâches supérieur à la moyenne mais n'a passé qu'1 heure et 45 minutes aux tâches administratives hors des consultations.

Le tableau suivant donne le temps total passé aux tâches administratives sur l'ensemble des jours de recueil (trois jours), pour chaque médecin. On observe que, contrairement à ce qu'on aurait pu penser, les médecins ayant une secrétaire médicale ont passé plus de temps à ces tâches que les autres médecins.

	Tâches administratives pendant la consultation	Tâches administratives hors consultation	Total tâches administratives	
Avec secrétaire	1h15	3h40	<b>4h55</b>	
Avec secrétaire	3h	1h45	<b>4h45</b>	
Sans secrétaire	13 min	1h50	2h03	(sur 2 jours)
Sans secrétaire	1h35	1h45	3h20	
Sans secrétaire	1h50	1h30	3h20	

#### **4) Conclusion**

Une seconde réunion a été organisée avec le groupe de travail. Cinq médecins sur six étaient présents. Il leur a été présenté les résultats de l'analyse de la base de données constituée à partir de leur recueil d'information pendant les consultations et visites.

Cette réunion a abouti à un double constat :

- d'une part, les tâches déléguables, du point de vue du médecin, représentent peu de temps ;
- d'autre part, certaines tâches, aujourd'hui insuffisamment développées pourraient l'être et ainsi être déléguées. Il s'agit de tout ce qui concerne la prévention.

La condition nécessaire pour que cela soit possible est le **regroupement des médecins**. En effet, il ne serait pas économiquement viable pour un médecin qui travaille seul d'embaucher une personne supplémentaire.

Ainsi, il est certain que la délégation de tâches trouverait son compte dans des structures médicale facilitant la coordination entre professionnels de santé. Dans ces structures il pourrait y avoir à la fois plusieurs médecins généralistes, des secrétaires, des infirmières, un kinésithérapeute, une diététicienne... Le regroupement est donc nécessaire pour envisager la délégation. Mais se regrouper ne veut pas forcément dire être installé au même endroit. Il suffit d'une collaboration bien organisée (consultations, visites, gardes...) de manière à ce que les patients puissent bénéficier d'une permanence des soins tous les jours. Cette forme d'organisation permettrait également aux médecins de pouvoir bénéficier de journées ou demi-journées de repos dans la semaine, ce qui est difficile actuellement, principalement pour ceux exerçant en milieu rural. Les jeunes médecins privilégient en effet une certaine qualité de vie : ils ne sont donc plus prêts à sacrifier leur vie personnelle et familiale au profit de leur vie professionnelle.

D'autres idées d'organisation ont été données par les médecins du groupe. Par exemple, une matinée pourrait être réservée à un certain type de patientèle (ex : le nourrisson), matinée pendant laquelle le médecin serait assisté d'une infirmière.

D'autre part, les médecins étaient tous d'accord sur le fait que la prévention ne représente pas une part assez importante de leur activité (4 %), et ce par manque de temps. L'éducation du patient, le conseil et le dépistage sont pourtant des aspects à ne pas négliger. En effet, cela permet d'éviter des maladies ou de les détecter plus tôt, ce qui coûte moins cher à l'Assurance Maladie que le traitement de longue durée. Des infirmières, formées à cet effet, pourraient assurer la prévention au sein d'un cabinet de groupe (notamment pour les pathologies chroniques). Dans ce cas, on parlerait «d'apport de compétences» plutôt que de transfert de tâches.

Selon un sondage réalisé par Harris Medical International sur 200 médecins, 92% d'entre eux souhaiteraient pouvoir consacrer plus de temps à leurs patients.

Avec la collaboration de l'Assurance Maladie, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé a expérimenté les moyens de mettre en œuvre des activités d'éducation pour la santé au sein de cabinets médicaux.

L'expérience s'est déroulée sur trois ans, à partir de cinq sites pilotes : Amiens, Lyon, Nîmes, le nord de l'Isère et Rouen. La première année a été consacrée à l'élaboration de projets, de démarches éducatives destinées à trois groupes de population ciblées : les personnes âgées, les adolescents et les femmes enceintes. Cela a été l'occasion pour les professionnels d'acquérir des compétences spécifiques en éducation pour la santé car

« délivrer des messages d'éducation pour la santé ne s'improvise pas. C'est une démarche spécifique à laquelle il faut être formé ».

Ensuite, certains médecins ont choisi de **poursuivre l'expérimentation sur le terrain**. Le premier constat a été que l'approche globale de la personne semble pertinente, en particulier pour les adolescents et les femmes enceintes, mais elle est plus difficilement applicable pour les personnes âgées, davantage concernées par des problèmes de santé précis.

A l'occasion des consultations, les médecins proposaient de participer à l'expérimentation et ils ont fait face à peu de refus. Ils ont ainsi pu redécouvrir des adolescents qu'ils suivaient depuis leur plus jeune âge. Certains leur ont fait part de leur consommation de drogue, d'autres d'une relation incestueuse, d'autres encore d'un état dépressif. Les expérimentations prouvent que les caractéristiques des démarches d'éducation pour la santé sont réalisables dans le cadre de la relation individuelle habituelle des médecins généralistes.

Grâce à cette prise en charge plus humaine du patient, centrée sur la personne et moins sur les soins, les professionnels ont constaté une **amélioration de leur image**. 89 % des patients qui ont participé se montrent globalement satisfaits. Toutefois, la **durée des consultations a fortement augmenté** (autour de 35 minutes). Tout l'enjeu est de savoir si ce type de consultation représente un investissement ou une dépense.

Cette partie du travail des médecins pourrait être déléguée à des infirmières qui ont une formation plus adéquate en ce qui concerne l'éducation et le conseil. C'est par exemple ce qui se passe en Poitou-Charentes où une expérimentation financée par le FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) est en cours. Il s'agit d'une mise à disposition dans trois cabinets de groupe de médecine générale, d'infirmières collaboratrices de santé publique, intervenant sur prescription des médecins, en éducation du patient, prévention et les aidant pour certaines prises en charge. Si cette expérience donne des résultats positifs, cela permettrait d'atteindre un des objectifs du projet qui est d'améliorer l'attractivité de l'exercice libéral, y compris en zone à démographie médicale fragile.

## **II) Etude sur la délégation de tâches des médecins cardiologues à d'autres professionnels de santé**

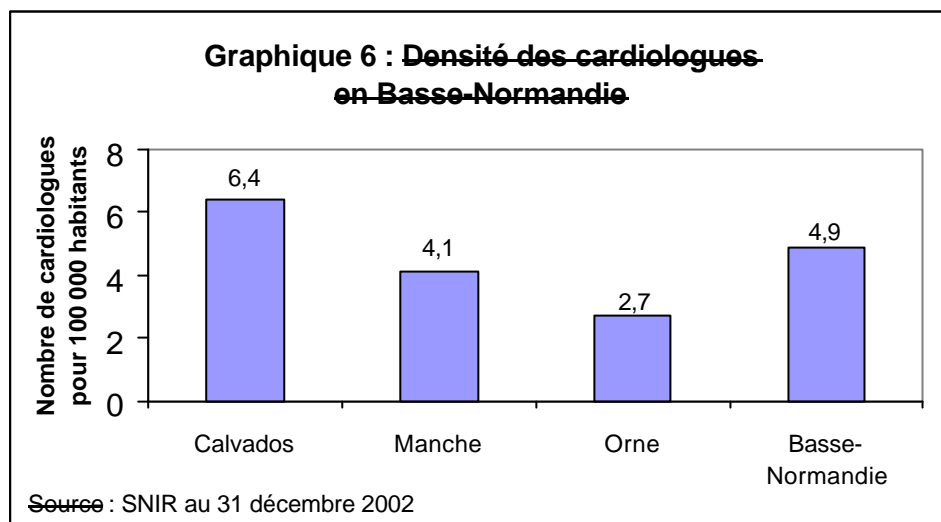
### **1) Démographie des cardiologues**

Certaines spécialités médicales se sont inquiétées très tôt d'un déclin démographique et ont pu bénéficier de mesures correctives sur les flux de formation. C'est le cas de l'anesthésie-réanimation, de la gynécologie-obstétrique et de la pédiatrie. Ce n'est pas le cas de la cardiologie.

Le nombre de cardiologues n'a cessé d'augmenter depuis 20 ans. Toutefois le taux moyen de croissance annuel qui a été de 8,7 % entre 1980 et 1995, s'est nettement infléchi (2%) au cours des dix dernières années.

Avec 15 % de femmes, la cardiologie est l'une des moins féminisées de toutes les spécialités médicales. Cependant, le pourcentage de femmes cardiologues augmente régulièrement. L'âge moyen des cardiologues français est de 46,4 ans. Il est plus élevé chez les hommes (48 ans) que chez les femmes (42 ans). L'explosion démographique de la période 1980-1995 explique que près des 2/3 de l'effectif total ont un âge compris entre 40 et 55 ans.

Comme pour la médecine générale, l'analyse de la densité en cardiologues fait apparaître de fortes disparités entre les régions. Pour une moyenne nationale de 6,8 cardiologues pour 100 000 habitants en 2002, la densité varie dans un rapport de 3 à 1 entre la région la plus favorisée (PACA avec 12 cardiologues pour 100 000 habitants) et la région la plus démunie (Picardie avec 3,9 cardiologues pour 100 000 habitants). Quinze régions sur 22 ont une densité inférieure à la densité nationale (cf annexe 12). Mais on observe aussi des disparités à l'intérieur d'une même région. Par exemple, en Basse-Normandie, la situation est inquiétante en ce qui concerne les départements de la Manche et surtout de l'Orne où les densités sont respectivement de 4,1 et 2,7 cardiologues pour 100 000 habitants en 2002. Dans le Calvados, la densité est dans la moyenne nationale (cf graphique 6).



Selon les prévisions de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), l'effectif des cardiologues devrait demeurer stable jusqu'en 2006, puis diminuer de 3,5 % en 2010, de 13,4 % en 2015 et de 23,1 % en 2020. Le nombre de cardiologues serait alors ramené à ce qu'il était en 1990 ! Ce déclin démographique devrait toucher l'exercice libéral plus tôt que l'exercice hospitalier. Parallèlement, l'âge moyen des cardiologues et le taux de féminisation continueront à augmenter, modifiant sensiblement les conditions générales d'exercice de la profession.

## **2) Méthodologie**

Des difficultés ont été rencontrées pour constituer le groupe de travail des cardiologues. En effet, de la même façon que pour les généralistes, une liste a été fournie par l'URML. Mais les médecins inscrits sur cette liste n'ont pas tous été d'accord pour participer au projet, principalement par manque de temps. Il a donc fallu trouver d'autres cardiologues susceptibles d'être intéressés par le sujet et disposant d'un peu de temps. Ce travail, qui n'était pas prévu, a fait prendre un certain retard à l'étude sur les cardiologues. Au final, le groupe de travail s'est limité à quatre cardiologues, dont un retraité.

L'élaboration de la grille de classement des tâches des cardiologues a, par contre, pris moins de temps que pour les généralistes car, les tâches étant plus techniques et plus faciles à identifier, cette élaboration s'est faite avec l'aide du cardiologue retraité. Elle a ensuite été soumise à modification puis validation par les autres membres du groupe lors d'une réunion. Cette grille se trouve en annexe 13. (De même que pour les généralistes, un document

expliquant le contexte et les objectifs de l'étude a été envoyé aux cardiologues. Ce courrier se trouve en annexe 14).

De la même façon que pour les généralistes elle est constituée de deux feuilles : une pour les tâches réalisées pendant la consultation et une autre pour les tâches hors consultation. La première se compose de quatre catégories : l'examen clinique, les actes techniques, la prévention/prescription et les tâches administratives. Les tâches sont ensuite détaillées rubrique par rubrique. En ce qui concerne les tâches réalisées en dehors des consultations, une dizaine sont listées.

Lors de la première réunion, il a été décidé que les cardiologues devraient indiquer le temps passé à chacune des tâches lors de chaque consultation ainsi qu'à la fin de chaque journée de recueil pour les tâches hors consultation (cf note explicative en annexe 15). La période de recueil s'est étalée du 8 juin au 17 juin 2005. Durant cette période, les cardiologues ont choisi trois jours représentatifs de leur activité, pendant lesquels ils ont rempli les fiches.

Après réception des fiches, une base de données a été constituée avec le temps passé pour chaque variable et chaque consultation (cf dictionnaire des variables en annexe 16).

### **3) Analyse des résultats**

Le groupe de travail était donc composé de quatre cardiologues dont trois qui ont pu recueillir les informations, le quatrième étant retraité. Deux sur les trois exercent dans un cabinet indépendant (tout en ayant une activité hospitalière en parallèle) et le troisième exerce en milieu hospitalier, dans un CHU. Ainsi, il semble intéressant d'étudier, d'une part, les consultations des trois cardiologues confondus et d'autre part, de faire deux études séparées pour les cardiologues qui exercent en cabinet et pour celui qui exerce en milieu hospitalier. Tous les résultats qui vont suivre sont évidemment à prendre avec beaucoup de précaution du fait du petit nombre de médecins ayant participé. Ils ne valent pas pour l'ensemble de la profession.

#### **a) Synthèse des tâches des trois cardiologues réunis :**

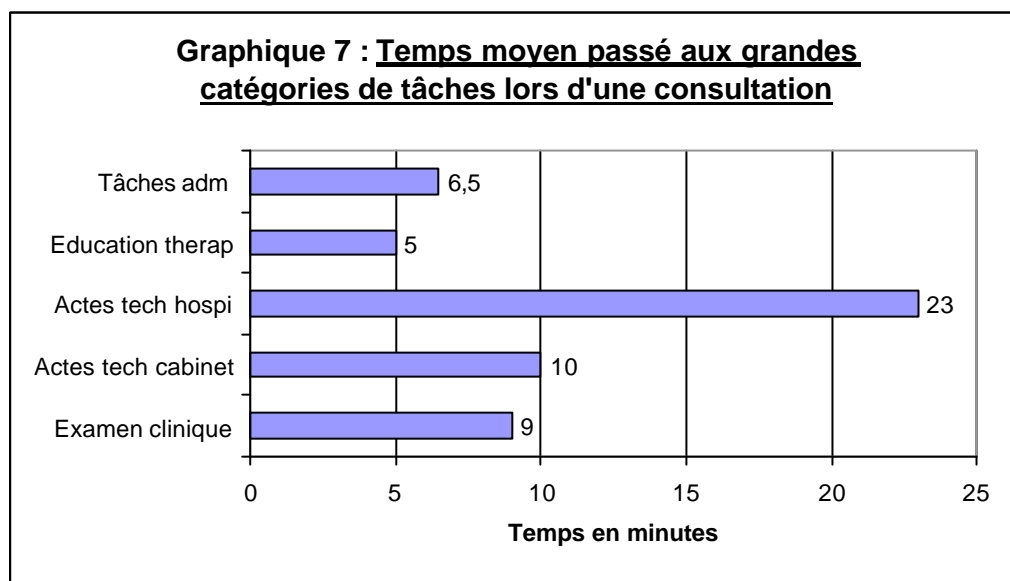
Les lieux d'exercice font que les cardiologues ne partagent pas leur temps de la même façon.

		<b>Cardiologue 1</b>	<b>Cardiologue 2</b>	<b>Cardiologue 3 (hôpital)</b>
<b>Jour 1</b>	Début matinée	cabinet	cabinet	consultation
	Fin matinée	hôpital		
	Début après-midi	épreuves effort	activité hospitalière	activité hospitalière
	Fin après-midi	cabinet		
<b>Jour 2</b>	Début matinée	cabinet	cabinet	bloc de cardiologie interventionnelle
	Fin matinée	hôpital		
	Début après-midi	cabinet	épreuves d'effort	
	Fin après-midi		hôpital	
<b>Jour 3</b>	Début matinée	cabinet	cabinet	consultation
	Fin matinée			
	Début après-midi	épreuves effort	épreuves d'effort	activité hospitalière
	Fin après-midi	/	hôpital	

Les trois médecins ont recueilli les informations demandées pendant trois jours chacun, ce qui représente 99 prises en charge de patients (c'est-à-dire consultations et actes techniques), soit une moyenne de 11 par jour. Le temps moyen est de 26 minutes environ.

Les groupes de tâches les plus fréquemment réalisés (en dehors des actes techniques) sont : **les tâches administratives** dans 91 % des cas et notamment la rédaction de lettre pour chaque acte réalisé (87 % des consultations) et **l'examen clinique**, réalisé pour 78 % des consultations (68 % pour l'habillage/déshabillage des patients et 66 % pour l'examen clinique sans appareil).

Si on regarde le temps passé aux grandes catégories de tâches, on constate que les actes techniques réalisés à l'hôpital prennent beaucoup plus de temps que ceux réalisés en cabinet (cf graphique 7).



Si on regarde les tâches plus en détail, on peut ainsi déterminer le temps moyen que prend chacune d'entre elles :

Habillage/Déshabillage du patient	4 minutes
Prise en charge physique du malade	3 minutes
Examen clinique sans appareil	6 minutes
Electrocardiogramme	2 minutes et 30 secondes
Echographie	8 minutes
Pose de holter	10 minutes
Dépose de holter	6 minutes
Epreuve d'effort	17 minutes
Cathétérisme cardiaque	10 minutes (un seul réalisé)
Coronarographie <sup>14</sup>	13 minutes

<sup>14</sup> Pour les coronarographies et les angioplasties, le temps ne tient pas compte de l'installation du patient en salle d'opération.



Angioplastie <sup>14</sup>	30 minutes
Diététique	4 minutes
Activité physique	3 minutes et 30 secondes
Conseil hygiène	1 minute
Explication du traitement	3 minutes
Prescription (tout confondu)	2 minutes
Rédaction de lettre pour chaque acte	4 minutes
Répondre au téléphone	3 minutes
Téléphoner	3 minutes et 30 secondes
Remplir le dossier médical patient	3 minutes et 30 secondes
Bon de transport	1 minute

En ce qui concerne les tâches réalisées en dehors des consultations (cf détail en annexe 13), les temps diffèrent selon le cardiologue.

(minutes)	Cardiologue 1	Cardiologue 2	Cardiologue 3
<b>Jour 1</b>	15	340	200
<b>Jour 2</b>	18	299	115
<b>Jour 3</b>	20	284	205
<b>Somme</b>	53	923	520
<b>Moyenne</b>	17,67	307,67	173,33

Les temps élevés du deuxième cardiologue s'expliquent par une participation à une activité hospitalière importante (en moyenne 230 minutes par jour, soit presque 4 heures). Cela correspond au temps passé à la prise en charge de patients hospitalisés (visites, discussion de dossiers avec les collègues...). Mais ce même cardiologue a aussi comptabilisé dans ce temps les actes techniques (épreuves d'effort et autres) qu'il a réalisés à l'hôpital. Ceux-ci auraient dû faire l'objet d'un traitement à part (fiche à remplir pour chaque acte). De plus, le cardiologue 1 n'a lui, au contraire, pas indiqué le temps passé aux visites. On ne peut donc pas réellement comparer ces données.

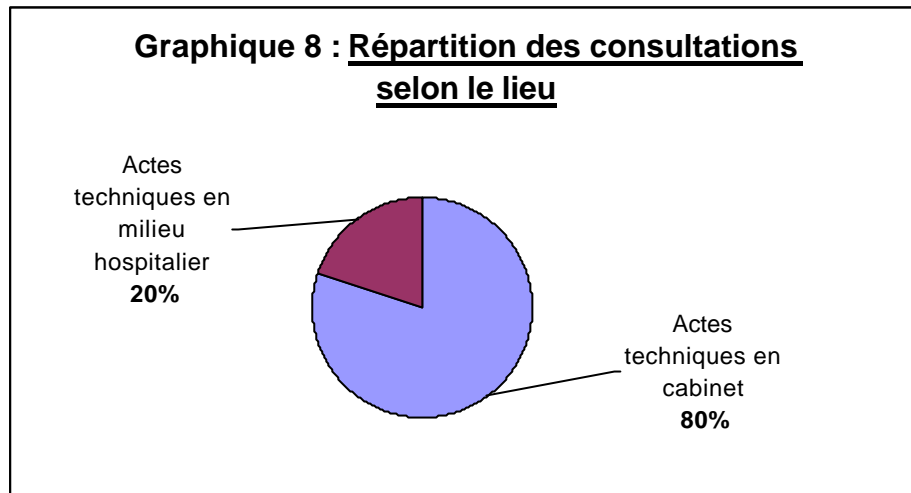
Les médecins ont également passé une demi heure par jour en moyenne à interpréter des holters, 13 minutes à répondre au téléphone, 12 minutes à téléphoner et 50 minutes à d'autres tâches qui peuvent être par exemple, lire et répondre au courrier reçu.

#### **b) Synthèse des tâches des cardiologues exerçant en cabinet indépendant et du cardiologue exerçant en milieu hospitalier :**

Sur leurs six jours de recueil, les deux cardiologues qui exercent en cabinet (avec une activité à l'hôpital) totalisent 75 prises en charge de patients (c'est-à-dire consultations et actes techniques), soit 12,5 par jour. La durée moyenne d'une de ces prises en charge est de 25 minutes et 30 secondes. Sur l'ensemble, 60 ont eu lieu en cabinet et 15 en milieu hospitalier (cf graphique 8).

Les tâches les plus fréquemment réalisées (en dehors des actes techniques) sont : **les tâches administratives** effectuées dans 89 % des cas et **l'examen clinique** réalisé pour 85 %

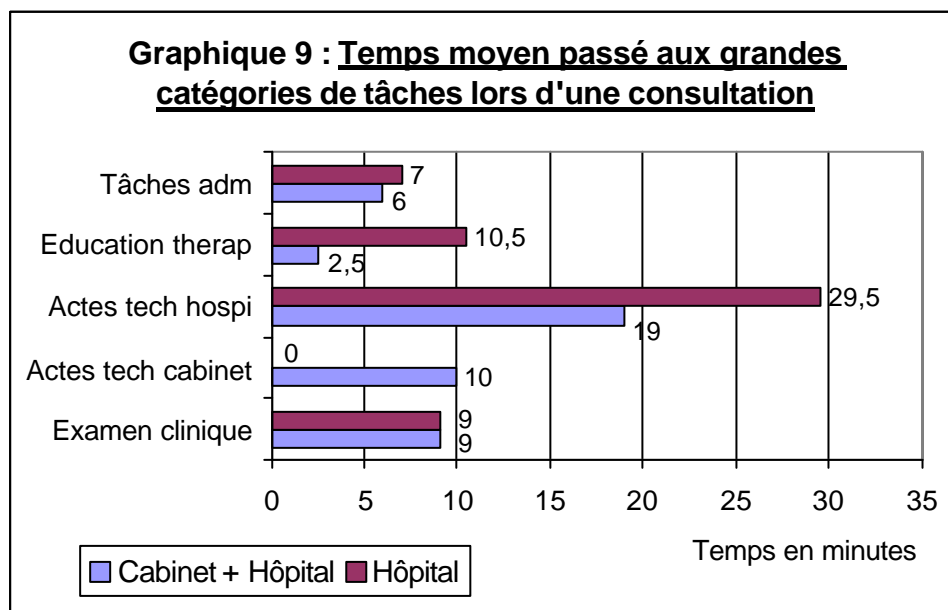
des consultations (notamment habillage/déshabillage des patients dans 85 % des cas et examen clinique sans appareil dans 68 % des cas).



En ce qui concerne le cardiologue qui exerce au CHU, il a effectué 24 prises en charge de patients sur trois jours, soit huit par jour. La durée moyenne d'un acte technique à l'hôpital est de 35 minutes. Celle d'une consultation est d'environ 29 minutes.

De la même façon que précédemment, les tâches les plus fréquentes sont : les **tâches administratives** réalisées pour 100 % des consultations (rédaction de lettre pour chaque acte) et **l'examen clinique** mais de façon moins prononcée (58 %).

Concernant les temps passés à chaque grande catégorie de tâches, ils sont à peu près équivalents entre les médecins exerçant en cabinet et le médecin exerçant en milieu hospitalier uniquement, sauf pour l'éducation thérapeutique et les actes techniques à l'hôpital : moins importants pour les médecins exerçant à la fois en cabinet et à l'hôpital (cf graphique 9).



Comparaison des temps passés à chaque tâche, entre les cardiologues exerçant en cabinet et le cardiologue qui exerce uniquement à l'hôpital :

	<b>Cabinet + hôpital</b>	<b>Hôpital uniquement</b>
Habillage/Déshabillage du patient	4 minutes	1 minute et 30 secondes
Prise en charge physique du malade	3 minutes	5 minutes
Examen clinique sans appareil	5 minutes et 30 secondes	8 minutes et 30 secondes
Electrocardiogramme	3 minutes	1 minute (interprétation)
Echographie	8 minutes	
Pose de holter	10 minutes	
Dépose de holter	6 minutes	
Epreuve d'effort	17 minutes	
Cathétérisme cardiaque		10 minutes (un seul réalisé)
Coronarographie <sup>15</sup>		13 minutes
Angioplastie <sup>15</sup>		30 minutes
Diététique	2 minutes	6 minutes
Activité physique	1 minutes et 30 secondes	3 minutes
Conseil hygiène	1 minute	2 minutes
Explication du traitement	2 minutes	5 minutes
Prescription (tout confondu)		2 minutes
Rédaction de lettre pour chaque acte	3 minutes et 30 secondes	4 minutes et 30 secondes
Répondre au téléphone		3 minutes
Téléphoner	4 minutes	3 minutes et 30 secondes
Remplir le dossier médical patient	3 minutes et 30 secondes	4 minutes
Bon de transport		1 minute

Les principales différences se situent au niveau des tâches qui composent la catégorie examen clinique (moins d'habillage/déshabillage à l'hôpital mais plus d'examen clinique sans appareil) et au niveau de l'éducation thérapeutique (le temps passé à parler de diététique et à expliquer le traitement au patient est plus de deux fois supérieur à l'hôpital). Ceci apparaît cohérent avec l'activité du cardiologue en question puisque celui-ci traite des patients « lourds », déjà suivis par un cardiologue de ville mais à qui il propose une prise en charge spécifique (complémentarité ville/hôpital).

Le cardiologue qui travaille uniquement à l'hôpital a réalisé tous les actes interventionnels et tous les actes invasifs. En ce qui concerne les interventions (angioplastie),

<sup>15</sup> Pour les coronarographies et les angioplasties, le temps ne tient pas compte de l'installation du patient en salle d'opération.

sur les six effectuées, deux seulement étaient programmées, les autres se sont faites en urgence.

Si on raisonne maintenant sur une unité de temps qui est la journée<sup>16</sup> et à raison de 12,5 consultations par jour pour les cardiologues exerçant en cabinet, alors ces derniers passent par exemple (cf détails en annexe 17) :

- 44 minutes à habiller ou déshabiller les patients ;
- 46 minutes à l'examen clinique sans appareil ;
- 1 heure et 7 minutes à faire des échographies ;
- 20 minutes à faire des électrocardiogrammes ;
- 36 minutes à rédiger des lettres pour les actes réalisés ;
- 30 minutes à remplir le dossier médical du patient ...

Alors, si on considère que l'habillage/déshabillage des patients, les électrocardiogrammes, les échographies, la pose et la dépose de holter ainsi que l'éducation thérapeutique sont des tâches qui pourraient être faites par un professionnel de santé compétent autre que le cardiologue, le **gain en temps médical pourrait être de 2 heures et 30 minutes par jour**. Ce constat est basé sur l'hypothèse que toutes les journées sont les mêmes, or ce n'est pas le cas dans la réalité, tous les actes techniques ne sont pas forcément réalisés un même jour. Le gain en temps est donc une moyenne, il sera par exemple moins important un jour où le cardiologue est aux épreuves d'effort (présence obligatoire du médecin).

On peut faire de même avec le cardiologue qui exerce en milieu hospitalier. En prenant une unité de temps égale à la journée<sup>17</sup> et à raison de huit consultations par jour, le médecin passe en moyenne (cf détail en annexe 18) :

- 39 minutes à l'examen clinique sans appareil ;
- 36 minutes à faire des coronarographies ;
- environ 1 heure pour les angioplasties ;
- 18 minutes à expliquer le traitement aux patients ;
- 37 minutes à la rédaction de lettre pour chaque acte ...

Ici, le gain en temps grâce à la délégation de tâches est moins important que pour les autres cardiologues, puisque le cardiologue en milieu hospitalier délègue déjà un certain nombre de tâches, notamment les actes techniques tels que l'électrocardiogramme, l'échographie, la pose et la dépose de holter (on parle ici uniquement de l'acte en lui-même, l'interprétation revient au cardiologue). L'habillage et le déshabillage des patients peuvent également être faits par quelqu'un d'autre à l'hôpital. Les actes techniques invasifs, non invasifs et interventionnels ne sont bien sûr pas déléguables puisqu'ils constituent le cœur du métier de cardiologue. Mais les infirmières ont un rôle à jouer en tant qu'aides au cardiologue, par exemple pour les épreuves d'effort.

Par contre, un ensemble de tâches pourraient être réalisé par des infirmières, c'est tout ce qui concerne l'éducation thérapeutique (environ 45 minutes par jour) et notamment la diététique et l'explication du traitement au patient. Le médecin n'a pas toujours le temps nécessaire pour expliquer et répondre longuement aux demandes des patients. Des infirmières formées à cet effet pourraient alors assurer cette fonction.

---

<sup>16</sup> Le temps passé aux consultations et actes techniques est de 5 heures et 30 minutes en moyenne pour les cardiologues exerçant en cabinet.

<sup>17</sup> Ici le temps passé aux consultations et actes techniques est d'environ 4 heures et 30 minutes, ce qui correspond plutôt à une demi-journée, le cardiologue ayant souvent une activité hospitalière à côté (cf emploi du temps).

#### **4) Conclusion**

Les résultats précédents ont été présentés au groupe de travail lors d'une seconde réunion qui a eu lieu fin juin. Trois cardiologues sur les quatre étaient présents.

Les cardiologues ont trouvé les temps moyens tout à fait cohérents avec leur activité, que ce soit à l'hôpital ou en cabinet. Ils ont confirmé les **cinq tâches susceptibles d'être déléguées** c'est-à-dire :

- l'habillage et le déshabillage des patients ;
- les électrocardiogrammes ;
- la pose et la dépose de holter ;
- les échographies ;
- l'éducation thérapeutique.

Le groupe a également déterminé **à qui pourraient être déléguées ces tâches**. Ainsi, l'habillage et le déshabillage des patients, les électrocardiogrammes, de même que la pose et la dépose de holter ne demandent pas de qualification importante, aucune formation médicale spécialisée n'est nécessaire. Ces tâches pourraient donc aussi bien être faites par une infirmière que par une secrétaire. Par contre, les échographies et l'éducation thérapeutique nécessitent une formation spécifique. En ce qui concerne les échographies, la législation ne permet pas en France qu'elles soient réalisées par une personne autre que le cardiologue (rien dans les textes). Mais on constate souvent des compétences de fait. De plus, les échographies sont depuis longtemps déléguées dans d'autres pays, notamment les pays du Nord (les manipulateurs radio reçoivent une formation spécifique allant de deux à trois ans qui les autorise à réaliser des échographies sous la responsabilité des médecins). Pour l'éducation thérapeutique, il existe aujourd'hui des formations adaptées, où les infirmières apprennent à expliquer les traitements, renseigner les patients sur leur maladie que ce soit le diabète, l'asthme ou l'insuffisance cardiaque par exemple.

On pourrait également envisager des **séances d'éducation à la santé collectives**, animées par des infirmières formées. Mais, d'après les cardiologues du groupe, la plupart du temps, si les patients n'ont pas d'obligation de participer à ces séances, ils n'y vont pas. Il faudrait donc introduire en même temps un système incitatif (par exemple, remboursement des soins pour le suivi des patients en affectation de longue durée si participation à deux séances d'éducation par an portant sur leur maladie).

Une autre idée citée par le groupe serait de **créer des réseaux ville/hôpital**, par exemple en diabétologie ou en insuffisance cardiaque (existe déjà dans certaines villes et certains domaines). Une infirmière serait chargée du suivi directif des patients, irait à domicile faire certains soins, ferait respecter les indications données par le cardiologue... Cela permettrait de faire baisser les hospitalisations et/ou de diminuer les complications. De tels projets pourraient être financés par la DRDR qui est la dotation régionale de développement des réseaux.

Bien évidemment, et de la même manière que pour les médecins généralistes, il est **nécessaire pour envisager la délégation que les médecins de ville se regroupent** pour ainsi partager les moyens et les connaissances. Cela peut très bien être des cabinets de groupe multidisciplinaires (entre spécialistes). Cela permet d'une part, de résoudre les problèmes de vacances et d'absences (désengorge en même temps les urgences) et d'autre part, de mutualiser les coûts (par exemple, embauche de secrétaires médicales, d'infirmières pour le cabinet et non pas pour un seul médecin). En théorie, cela est tout à fait possible, mais en pratique, cela pose des problèmes de locaux (besoin d'une salle commune).

En ce qui concerne les cardiologues en milieu hospitalier, le même principe que pour les cardiologues de ville pourrait être appliqué pour l'éducation thérapeutique (séances collectives d'éducation à la santé). D'autre part, les cardiologues ont soulevé le fait que le rythme de travail en hôpital est moins soutenu qu'en cabinet de ville. En effet, ils passent un certain temps à « attendre » les patients, en salle d'opération par exemple. Le malade doit en effet être amené par un brancardier et non par une infirmière, brancardier qui travaille pour l'ensemble des services de l'hôpital. Il faudrait alors rentabiliser ces temps morts par une meilleure organisation.

# Conclusion

La délégation de tâches est un sujet brûlant sur lequel les avis diffèrent. Cependant, un pas en avant a été fait ces dernières années, tout simplement en en parlant. Les réflexions et expérimentations lancées par le Professeur Yvon Berland dans plusieurs domaines en sont la preuve.

Les médecins généralistes et cardiologues ayant acceptés de participer aux deux groupes de travail ont également prouvé leur volonté de réfléchir sur le sujet et d'essayer de faire avancer les choses. Mais le constat est que ça ne sera pas chose facile et que cela implique de lourds changements, aussi bien dans l'organisation générale des médecins que sur le plan matériel (agrandissement des locaux) ou financier (embauche).

La question se pose aussi de savoir à qui déléguer les tâches. Les autres professions médicales (infirmières par exemple) ne seront-elles pas également en pénurie dans les années à venir ? C'est donc déjà en amont qu'il faut travailler, par l'augmentation des numéros inclus par exemple, mais aussi par la formation. Il a été montré que la prévention et l'éducation thérapeutique sont des domaines pour lesquels des infirmières pourraient agir en complément ou en supplément des médecins. Mais cela nécessite qu'elles soient formées à ces fonctions très spécifiques.

Il ne faut pas oublier les problèmes de «compétences» et de responsabilité de l'acte délégué. En effet, les personnes à qui on délègue doivent être à même d'avoir le droit de réaliser les actes délégués (respect des décrets de compétences). C'est pourquoi on utilise dans un premier temps le terme de «délégation». Cela signifie que la responsabilité de l'examen, tant dans sa prescription que dans son interprétation, doit rester entre les mains du médecin. Dans un second temps seulement, et si les expérimentations aboutissent à des résultats positifs, on pourra alors parler de «transfert» et il faudra dans ce cas étendre les décrets de compétences des paramédicaux afin qu'ils soient juridiquement couverts pour les gestes et les actions qu'ils réaliseront.

L'étude a également renforcé l'idée que la délégation de certaines tâches n'est envisageable qu'à condition que les médecins se regroupent. L'exercice isolé n'a aujourd'hui plus d'avenir. Il serait donc intéressant de déterminer le seuil de rentabilité c'est-à-dire la taille du cabinet (nombre de personnes) à partir de laquelle il deviendrait rentable d'embaucher une ou deux personnes.

Cette étude s'inscrit dans les travaux pour lesquels l'URCAM de Basse-Normandie a été retenue comme URCAM de référence, c'est-à-dire les travaux qui portent sur la démographie des professionnels de santé. Elle va d'une part permettre d'alimenter les travaux nationaux portant sur le maillage territorial en matière d'offre de soins. D'autre part, au niveau intra-régional, elle sera utilisée pour accompagner une autre mission de l'URCAM qui consiste à structurer l'offre de soins par le regroupement de professionnels.

Les résultats de l'étude seront diffusés à l'ensemble des médecins généralistes et cardiologues de Basse-Normandie sous une forme synthétique. Ils feront également l'objet d'une restitution lors d'un colloque sur la démographie médicale qui aura lieu en décembre 2005.

L'aboutissement de l'étude est de contribuer à définir une stratégie d'accompagnement et d'expérimentations dans les domaines du partage de tâches, de la délégation de tâches, de passerelles entre spécialités. Cela peut aussi consister à proposer des expérimentations à l'initiative de l'Assurance Maladie.



# Annexes

<b>Annexe 1</b> : Densité des médecins (omnipraticiens et spécialistes) par région pour 100 000 habitants	p. 59
<b>Annexe 2</b> : Densité de médecins généralistes par région pour 100 000 habitants	p. 60
<b>Annexe 3</b> : Densité de médecins spécialistes par région pour 100 000 habitants	p. 61
<b>Annexe 4</b> : Première grille de classement des tâches des médecins	p. 62
<b>Annexe 5</b> : Courrier envoyé aux médecins généralistes	p. 63
<b>Annexe 6</b> : Tâches réalisées pendant la consultation (Généralistes)	p. 65
<b>Annexe 7</b> : Note explicative adressée aux médecins généralistes	p. 67
<b>Annexe 8</b> : Dictionnaire des variables pour la base des médecins généralistes	p. 68
<b>Annexe 9</b> : Fiche de renseignements MG	p. 71
<b>Annexe 10</b> : Détail du temps passé à chaque tâches par les médecins généralistes	p. 72
<b>Annexe 11</b> : Résultats obtenus sous SPAD (Généralistes)	p. 73
<b>Annexe 12</b> : Densité de médecins cardiologues par région pour 100 000 habitants	p. 76
<b>Annexe 13</b> : Tâches réalisées pendant la consultation (Cardiologues)	p. 77
<b>Annexe 14</b> : Courrier envoyé aux médecins cardiologues	p. 79
<b>Annexe 15</b> : Note explicative adressée aux cardiologues	p. 81
<b>Annexe 16</b> : Dictionnaire des variables pour la base des cardiologues	p. 82
<b>Annexe 17</b> : Détail du temps passé à chaque tâches pour les cardiologues exerçant en cabinet	p. 84
<b>Annexe 18</b> : Détail du temps passé à chaque tâches pour le cardiologue exerçant en milieu hospitalier	p. 85