

ANNEE 2006

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

PAUL Christophe

Né le 25 Novembre 1975 à ROUEN

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 06 FEVRIER 2006

**LA DELEGATION DE TACHES EN MEDECINE GENERALE :
ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES
INSTALLES EN GROUPE
EN NORMANDIE ET PICARDIE**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur F. BECRET

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur P. FAIN SILBER

MEMBRES DU JURY :
Monsieur le Professeur P. CZERNICHOW
Monsieur le Professeur H. LEVESQUE
Monsieur le Professeur B. PROUST
Madame la directrice de L'IFSI de Rouen: S. POIRIER

1. INTRODUCTION	4
2. DEFINITIONS.....	5
3. CONSTATATIONS PRELIMINAIRES ET ETAT DES LIEUX ACTUEL	7
3.1 LES MEDECINS	8
3.1.1 <i>La démographie médicale.....</i>	8
3.1.2 <i>Les jeunes générations et l'exercice en groupe</i>	9
3.1.3 <i>La demande de soins</i>	10
3.2 LES INFIRMIERES.....	10
3.3 LA DELEGATION D'ACTIVITES	12
3.3.1 <i>Le concept d'infirmière « spécialisée ».....</i>	12
3.3.2 <i>Les rapports ministériels</i>	13
4. METHODES.....	15
4.1 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	15
4.2 L'ENQUETE	15
4.2.1 <i>Critères d'inclusion.....</i>	15
4.2.2 <i>Le questionnaire.....</i>	17
4.2.3 <i>Evaluation des résultats.....</i>	19
5. RESULTATS	20
5.1 CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES MEDECINS REPONDEURS.....	20
5.2 QUESTION PRELIMINAIRE	21
5.3 AUTORISATION DE TRANSFERT D'ACTIVITES	21
5.3.1 <i>Dans le cadre de la promotion de la santé.....</i>	22
5.3.2 <i>Dans le cadre du suivi de pathologies chroniques stabilisées.....</i>	25
5.3.3 <i>Dans le cadre des interventions de première ligne.....</i>	26
5.3.4 <i>Autres activités transférables.....</i>	27
5.4 POURCENTAGE DE CONSULTATIONS DELEGUABLES SELON LES MEDECINS	28
5.5 PROBLEMES FAISANT OBSTACLE AU DEVELOPPEMENT DE LA DELEGATION DE TACHES	29
5.6 CRITERES DE RECRUTEMENT D'UNE INFIRMIERE A « COMPETENCE ELARGIE »	30
5.7 COMMENTAIRES DES MEDECINS.....	30
5.8 RESULTATS EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS.....	31
6. PREAMBULE A LA DISCUSSION.....	32
6.1 HISTORIQUE DES RAPPORTS INFIRMIERS/MEDECINS	32
6.2 ROLE DES INFIRMIERES ET COOPERATION AVEC LES MEDECINS DANS LES SOINS	
PRIMAIRES A L'ETRANGER.....	33
6.3 L'ALLEMAGNE, LES PAYS-BAS, L'ITALIE ET LE CANADA : UN EXERCICE EN COMMUN	
ENTRE MEDECINS ET INFIRMIERES ENCORE PEU DEVELOPPE	34
6.3.1 <i>L'Allemagne : une place des soins primaires encore peu reconnue.....</i>	34
6.3.2 <i>Les Pays-Bas : les soins primaires articulés autour des médecins généralistes</i>	
<i>et une faible présence des infirmières.....</i>	35
6.3.3 <i>L'Italie : des médecins libéraux en cabinet individuel et en situation de porte</i>	
<i>d'entrée au système.....</i>	37
6.3.4 <i>Le Québec et l'Ontario : un véritable rôle des infirmières en soins primaires,</i>	
<i>une collaboration récemment et inégalement développée</i>	38
6.4 LE ROYAUME-UNI, LA SUEDE ET LA FINLANDE : DES STRUCTURES D'EXERCICE EN	
COMMUN.....	41

6.4.1	<i>Le Royaume-Uni : une place ancienne des infirmières dans les soins primaires mais une collaboration récente avec les médecins</i>	41
6.4.2	<i>La Suède et la Finlande : des centres de santé pluridisciplinaires et des infirmières en première ligne</i>	46
7.	DISCUSSION	48
7.1	LES MEDECINS REPONDEURS.....	48
7.1.1	<i>Caractéristiques démographiques</i>	48
7.1.2	<i>Critères d'inclusion</i>	48
7.1.3	<i>Les maîtres de stage et/ou chargés d'enseignement</i> :	52
7.1.4	<i>Les médecins effectuant des consultations hospitalières</i>	52
7.2	LE QUESTIONNAIRE	53
7.3	EVOCATION DE LA DELEGATION PAR LES MEDECINS ET POURCENTAGE DE LEURS CONSULTATIONS DELEGUABLES	54
7.4	LA PROMOTION DE LA SANTE	56
7.4.1	<i>L'éducation à la santé</i>	57
7.4.2	<i>Les vaccinations</i> :.....	60
7.4.3	<i>Le risque cardio-vasculaire (RCV)</i>	61
7.4.4	<i>Le dépistage des cancers</i>	64
7.5	LE SUIVI DE PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISEES.....	68
7.5.1	<i>Le suivi des asthmatiques</i>	68
7.5.2	<i>Le suivi des diabétiques</i>	70
7.5.3	<i>Le suivi des patients hypertendus</i>	73
7.6	LES CONSULTATIONS DE PREMIERE LIGNE	75
7.6.1	<i>La réception et l'analyse d'appels téléphoniques</i>	76
7.6.2	<i>La prise en charge de patients ayant des « pathologies banales »</i>	79
7.6.3	<i>La prescription infirmière médicamenteuse limitée et protocolisée</i>	81
7.7	LES PROBLEMES LIES A LA MISE EN PLACE DE LA DELEGATION	83
7.7.1	<i>La responsabilité des actes délégués</i>	84
7.7.2	<i>L'organisation générale de la délégation</i>	85
7.7.3	<i>L'aspect économique et le financement</i>	87
8.	CONCLUSION	89
9.	BIBLIOGRAPHIE	91

1. Introduction

Aujourd'hui le déséquilibre entre l'offre et la demande de soins ambulatoires en France est à l'origine d'une réflexion sur un transfert d'activités des médecins vers des auxiliaires de soins, essentiellement les infirmières. La démographie médicale et le contenu de notre métier ont beaucoup évolué ces dernières décennies. L'élargissement constant de nos connaissances et de nos compétences nous incite à redéfinir le champ de nos actions.

Cette délégation d'actes, en soins primaires de médecine générale, est effective ou fait l'objet d'expérimentations déjà avancées dans certains pays, essentiellement anglo-saxons. Développées dans des contextes différents, elles permettent de comprendre quelles sont les tâches déléguées aux infirmières et d'apprécier l'efficacité d'une telle pratique.

Le but de cette thèse est de connaître l'avis des médecins généralistes français concernant le développement d'un tel système dans leur pratique courante. Ceux ci ont été questionnés sur le contenu des activités qu'ils délégueraient et les différents problèmes qui selon eux seraient soulevés. En France, de telles expérimentations ne sont que balbutiantes. L'organisation de cette coopération et la formation de ces infirmières restent à définir.

2. Définitions

Avant de vous présenter ce travail, nous allons revenir sur quelques définitions nécessaires à la réflexion. Le terme de délégation ou de répartition peut faire appel à plusieurs termes tels que tâches, activités ou compétences. Ceux-ci ont des sens différents qu'il est important de rappeler.

- **tâche** : n.f. (*lat. taxare, taxer*)
 - Travail à faire dans un temps fixé ; ce que l'on a à faire par devoir ou par nécessité. (*Le Petit Larousse*)
 - Travail déterminé que l'on doit exécuter. (*Le Petit Robert*)
- **activité** : n.f. Occupation d'une personne. (*Le Petit Larousse*)
- **compétence** : n.f. (*lat. competentia, juste rapport*)
 - Aptitude d'une personne à décider ; capacité reconnue dans une matière définie. (*Le Petit Larousse*)
 - Connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières. (*Le Petit Robert*)

Le terme de « tâche » est souvent utilisé lors des réflexions autour de notre sujet. Il désigne des actes assez simples, à la conduite répétitive. Il a pu être utilisé lors de ce travail mais nous garderons de vouloir désigner les infirmières* comme de simples exécutantes. Le terme de « compétence » quant à lui fait plus appel à la formation initiale ainsi qu'aux libertés et responsabilités inhérentes à l'acte de soins. Le travail proposé aux infirmières ne se fera pas initialement de façon autonome, mais sous la supervision du médecin. C'est pourquoi tout au long de ce travail, nous préférons utiliser le terme d' « activités » pour désigner toutes les sortes d'actes investissables par les infirmières.

* lire infirmières/infirmiers tout au long du texte

Une précision reste encore à faire. Une telle démarche peut en pratique traduire deux phénomènes au sein des cabinets : la délégation/substitution et la diversification.

- La **délégation/substitution** traduit le transfert d'activités antérieurement réalisées par une catégorie de professionnels à une autre catégorie de professionnels.
- La **diversification** traduit un phénomène d'extension des services offerts par le système de soins primaires. Celle-ci peut prendre deux formes principales :
 - le recrutement de spécialistes (alcoologie, rhumatologie, ophtalmologie, sages-femmes, santé mentale) offrant des consultations auparavant réalisés à l'hôpital. Nous n'en parlerons pas ici.
 - le développement de nouvelles activités chez les professionnels en place.

La diversification est vraisemblablement moins proche des préoccupations françaises que la délégation de certaines activités à un paramédical. Ce travail sera surtout centré sur ce dernier thème. Néanmoins, certaines activités telles que celles concernant la promotion de la santé ne sont pas toujours réalisées par les généralistes. Même si elles sont de leur ressort, ceux-ci évoquent souvent un manque de temps et une absence de reconnaissance financière. La délégation de ces activités à une infirmière peut s'apparenter à une diversification au sein du cabinet.

3. Constatations préliminaires et état des lieux actuel

Notre réflexion sur la délégation d'activités vers un autre professionnel s'est tout de suite orientée vers la profession d'infirmière. Les infirmières de par leur formation et leurs compétences paraissent être les professionnelles les plus aptes à assumer de nouvelles activités en soins primaires. La réflexion présente ne doit pas justifier le transfert d'une pénurie médicale annoncée sur la profession infirmière. Elle est l'occasion de discuter des deux professions afin d'utiliser au maximum les compétences de chacune.

Il est important de préciser que nous n'avons pas envisagé la délégation d'activités comme un moyen de dispenser des soins à moindre coût. Nous discuterons de ce sujet à la fin. L'objet de notre travail est plus centré sur la question de l'accès aux soins primaires.

Le déséquilibre entre l'offre et la demande de soins françaises est de plus en plus marqué. Il peut s'expliquer par différents facteurs qui n'ont pas été pris en compte suffisamment tôt. Ces facteurs ont rapport à notre démographie médicale, aux particularités des jeunes générations de médecins mais aussi à l'évolution de la population française et de sa demande de soins. ¹ Les données présentées ci-dessous, pour les médecins et les infirmières, sont issues du premier rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). ^{2,3}

3.1 Les médecins

3.1.1 La démographie médicale

Le nombre total de médecins en activité en France va diminuer à partir de 2006. En prenant comme hypothèse un *numerus clausus* (nc.) fixe à 7000 à partir de 2006, le nombre de médecins baisserait de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025 (-9,4 %). Par ailleurs, la densité médicale diminuerait davantage de 15,6 % passant de 335 en 2002 à 283 médecins pour 100 000 habitants en 2025 (*figure n°1*). Ceci est lié au fait que, selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE),⁴ la population française augmenterait de 59 à plus de 63 millions d'habitants sur cette même période. La densité médicale approcherait ainsi celle des années 1980.

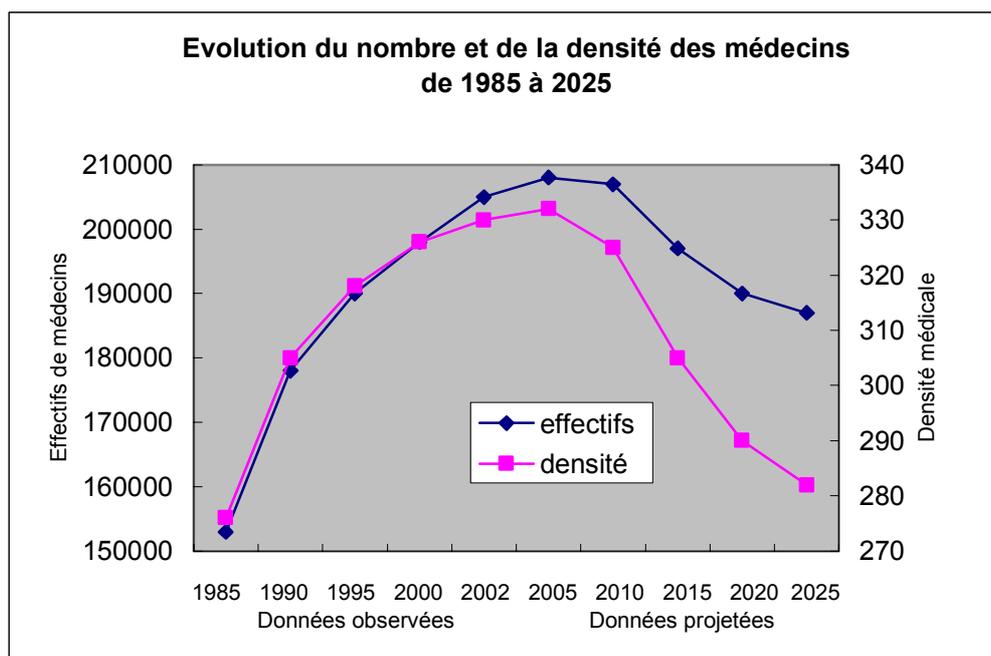


Figure n°1

Sources : ADELI redressé, projections DREES
(nc= 5550 en 2004, 6200 en 2005, 7000 en 2006 et années à venir)

La médecine générale, tout comme les autres spécialités, va être frappée par la baisse de ses effectifs, surtout si elle n'attire pas les jeunes générations. Notre répartition sur le territoire laisse apparaître des **inégalités régionales et cantonales criantes** qui n'ont pas été compensées par les installations récentes. De plus les auditions menées auprès des médecins généralistes et l'analyse des données ADELI et de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) laissent penser que le vivier des omnipraticiens libéraux est plus faible qu'il n'y paraît. Une partie importante d'entre eux ont un exercice autre que la médecine générale, ceux-ci ayant pu se réorienter vers des pratiques plus spécialisées via des passerelles universitaires ou hospitalières ou encore vers la médecine du travail ou la Santé Publique.

3.1.2 Les jeunes générations et l'exercice en groupe

La profession est marquée par **une féminisation croissante**. Les femmes représentent actuellement 37% des médecins dont 22% des généralistes. Cinquante-six pour cent des médecins diplômés récemment sont des femmes (médecins < 35ans en 2002). En maintenant cette hypothèse constante il y aurait ainsi autant de médecins femmes que d'hommes peu après 2020. On sait que les femmes ont une activité de 30% inférieure à celle des hommes. Mais outre la féminisation, les préoccupations de l'ensemble des jeunes professionnels ne sont plus les mêmes que celles des générations précédentes. Elles ne sont plus centrées sur le travail, mais sur la vie familiale, personnelle et les loisirs.

Par ailleurs selon une étude de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2004 ⁵ consacrée à l'exercice en groupe des médecins libéraux, **le nombre de médecins exerçant en groupe a augmenté** de 18% entre 2000 et 2003. En médecine générale, ce mode d'exercice reste encore minoritaire mais regroupe déjà 39% des omnipraticiens. Les jeunes générations sont particulièrement favorables à ce mode d'exercice, où les avantages sont nombreux : partage des frais du personnel, du matériel, roulement entre confrères, échanges d'avis, meilleur suivi de la patientèle.

3.1.3 La demande de soins

Du point de vue de la demande de soins, on assiste à une augmentation liée à plusieurs facteurs. Nous avons vu que la population française continue d'augmenter.⁴ Son espérance de vie continue de s'allonger et l'on sait les personnes âgées plus consommatrices de soins. A coté de cela, les besoins de soins réels ou ressentis ont augmenté. Tous les médias insistent sur le dépistage et la prévention de problèmes de santé croissants. Par ailleurs, la disparition des référents médicaux naturels, les anciens, conduit les patients à consulter à la moindre anomalie.

3.2 Les infirmières

L'estimation du nombre d'infirmières en exercice est au 1^{er} janvier 2003 de 449 000 dont (*figure n°2*) :

- 309 000 (69%) dans les hôpitaux publics et privés
- 54 000 (12%) libérales
- 86 000 (19%) salariées en dehors du secteur hospitalier

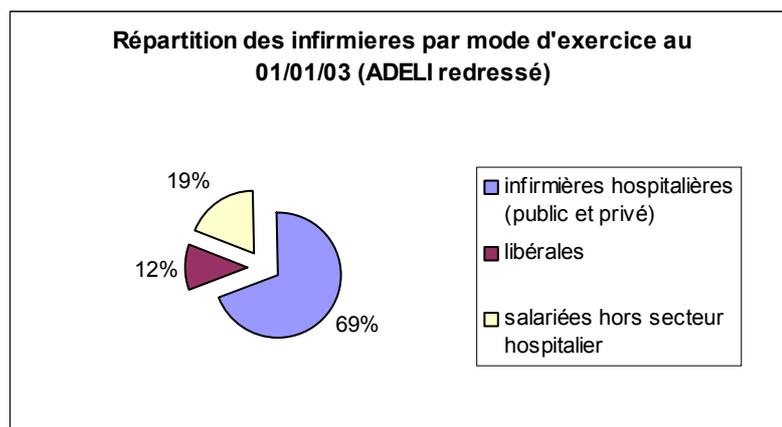


Figure n°2

La croissance des effectifs est régulière depuis les années 1970. Elle est assez soutenue sur les dernières années (augmentation du quota à 30 000), surtout en secteur hospitalier.

De 246 000 en 1980, les infirmières en exercice sont passées à 423 000 en 2003 (ADELI seul), soit une augmentation de 2,4 % par an. Cette progression est à nuancer si on prend en compte le temps de travail effectif. Deux phénomènes atténuent cette croissance à l'hôpital :

- de façon légère, la progression du travail à temps partiel.
- de façon plus marquée, la mise en place de la Récupération du Temps de Travail (RTT) entre 2000 et 2004.

Par ailleurs, le temps de travail des infirmières libérales a significativement augmenté . Il est passé de 47 h hebdomadaire en 1993 à 50h en 2002 (+6%).

La profession reste massivement féminine. La part des hommes a toutefois augmenté de 6,7% en 1975 à 14,5% en 2002.

L'augmentation des effectifs étant toute relative, la pénurie d'infirmières se fait encore sentir dans beaucoup de services et en libéral. Ce dernier n'attire pas encore les jeunes promotions ; certaines mesures ont pu être mises en place pour faciliter l'accès au libéral dès la troisième année d'étude. De plus, l'implantation des infirmières est très inégale sur le territoire. L'amplitude des écarts entre régions extrêmes était de 1 à 1,5 en 2001. Il est passé de 1 à 1,9 en 2004. Ces inégalités sont encore plus marquées pour les infirmières libérales. Leurs densités régionales varient de 1 à 4 pour la France métropolitaine.

Historiquement et en France, la profession a toujours eu une connotation de « mise au service du médecin » (*annexe n°5*). Son désir d'affirmation professionnelle a pu ces dernières décennies se heurter aux logiques économique et hospitalière ainsi qu'aux développements technologiques. Actuellement, la profession est définie par le décret du 29 juillet 2004, avec en particulier une définition du **rôle propre infirmier**. Les actes infirmiers y sont énumérés de façon restrictive, ce qui constitue pour le moment une sécurité au niveau des responsabilités juridiques et disciplinaires (*annexe n°7*).

3.3 La délégation d'activités

3.3.1 Le concept d'infirmière « spécialisée »

Le concept d'infirmière « spécialisée » est originaire des Etats-Unis et date du début des années 1970. La délégation d'activités s'est surtout développée dans les pays anglo-saxons. L'exemple de nos voisins européens et du Canada, dans leurs contextes respectifs, nous montre comment et dans quels domaines les infirmières y ont acquis des compétences initialement allouées aux médecins. Elles se sont investies dans plusieurs domaines tels que la promotion de la santé, la prise en charge de pathologies chroniques ou de première ligne. Le tableau suivant (*tableau n°1*) nous résume d'ores et déjà ces différents domaines mais ceux-ci vont pour chacun être explicités par la suite.

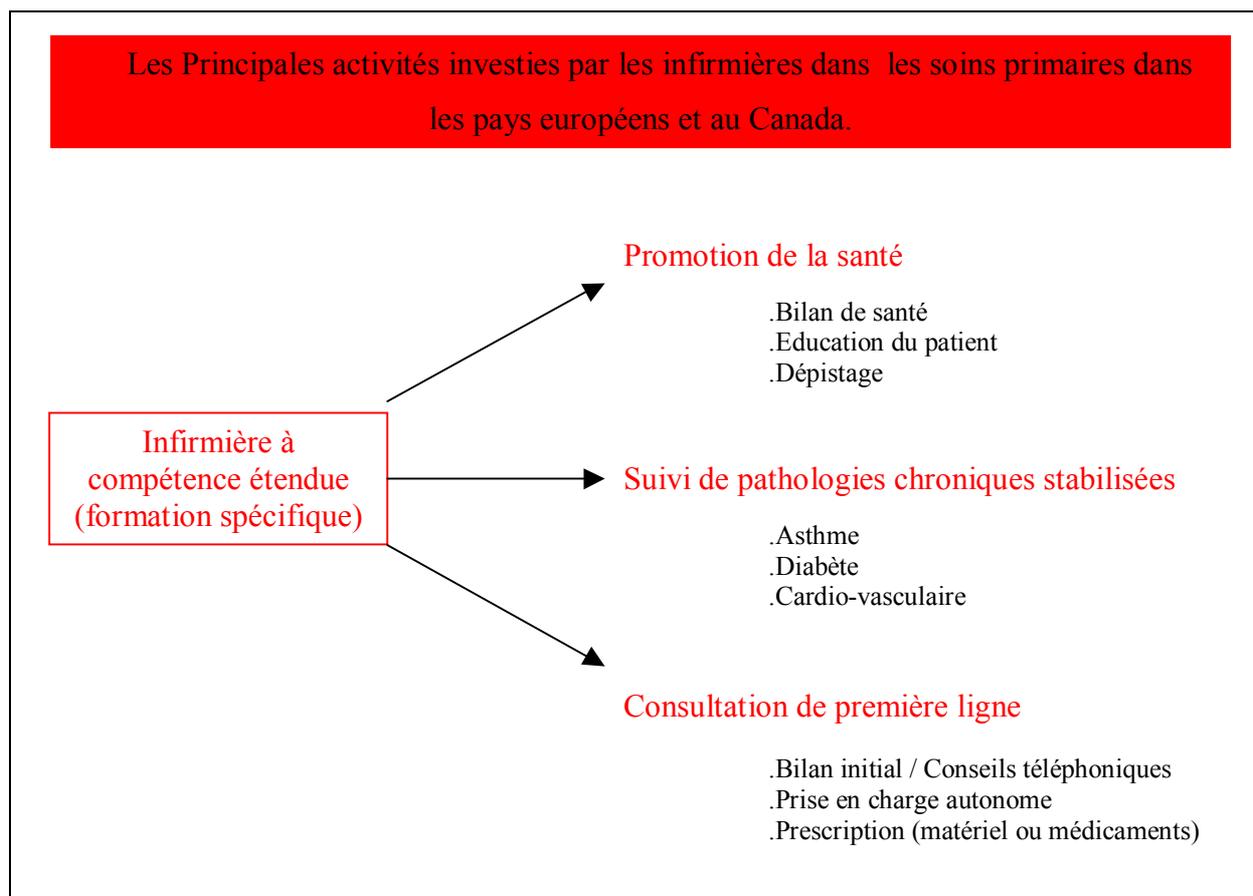
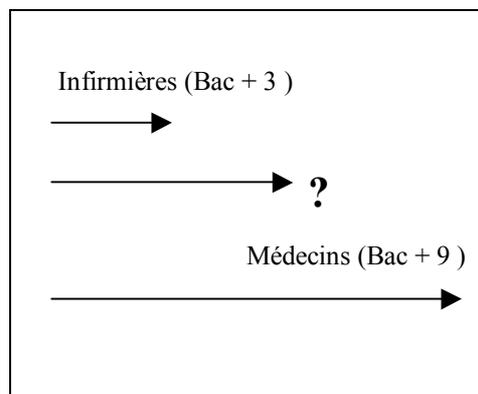


Tableau n°1 : à partir de Sibbald (2000) ⁶

C'est à partir de ces données que nous avons établi les différents items du questionnaire pour savoir si les médecins étaient d'accord ou non pour déléguer ces différentes activités.

Aujourd'hui, la délégation d'activités n'existe pas en France. La réflexion actuelle serait de définir une profession intermédiaire entre celles d'infirmière (bac + 3) et de médecin (bac + 9 à 11). Ces infirmières « spécialisées » seraient formées pour effectuer ces activités initialement allouées aux médecins.



3.3.2 Les rapports ministériels

Ces dernières années plusieurs rapports ministériels ont permis de remettre en cause notre fonctionnement actuel et d'initier des expérimentations.

- ❖ **En 1998, le rapport Brocas** ⁷ clarifie les rôles respectifs des médecins et des paramédicaux dans la prise en charge des malades en ville.
- ❖ **En novembre 2002, un premier rapport Berland** ⁸ **fait un état des lieux de la démographie des professions de santé.** A cette issue, il propose à court terme de :
 - redéfinir d'une manière globale pour tous les métiers de la santé les contenus et les champs de compétences.
 - d'organiser des passerelles professionnelles entre les différents métiers de la santé.
 - de favoriser un regroupement des professionnels de santé.
 - d'organiser un cadre de formation universitaire commun, à moyen terme.

❖ **En octobre 2003, un deuxième rapport Berland⁹ a trait au transfert de tâches et de compétences entre les professionnels de santé.** Il y est conclu qu'il est indispensable et urgent d'envisager celui-ci, qu'il doit s'inscrire dans un cadre universitaire de formation LMD (Licence Master Doctorat) et qu'il doit s'accompagner d'une revalorisation de l'investissement intellectuel. Ce rapport propose ainsi de créer le métier d'infirmière spécialisée, entre autres dans les soins primaires. Il donne le lancement au sein de plusieurs spécialités d'expérimentations qui seront autorisées par arrêté le 13 décembre 2004 (Journal Officiel du 13 janvier 2005). La seule concernant la médecine générale (non encore parue au JO) est actuellement menée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de la région Poitou-Charentes (projet ASALEE) et confiée à une infirmière des fonctions en éducation thérapeutique et sanitaire ainsi qu'en dépistage. Elle a surtout concerné la prise en charge des diabétiques. Nous la détaillerons plus tard.

❖ **En Novembre 2005,** le ministre de la santé, Xavier Bertrand, et le ministre délégué à l'enseignement supérieur et à la recherche, François Goulard, ont annoncé une réforme de la formation des professions paramédicales, parmi lesquelles les infirmières. Le principe de celle-ci sera la mise en œuvre de parcours universitaires et de passerelles interprofessionnelles. Les cahiers des charges des formations seront élaborés avec l'ensemble des professionnels concernés et devraient inclure le principe de la délégation de tâches.

4. Méthodes

4.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée grâce à PubMed avec comme mots-clés : *(nurse practitioners OR nursing) AND « Primary Health Care » [MeSH] AND (transfer OR expanded OR competences)*. Ont été également utilisés la Banque de Données de Santé Publique (BDSP) et le système universitaire de documentation ABES.

Par ailleurs le 16 Juin 2005 à Paris a été organisée par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) conjointement à la DREES une journée d'étude. Celle ci concernait les rôles des infirmières et leur coopération avec les médecins dans les soins primaires à l'étranger. Cette journée a fait l'objet d'une communication commune ¹⁰.

4.2 L'Enquête

Il s'agit d'une enquête d'opinion réalisée par courrier entre mai et août 2005 **auprès de 182 médecins généralistes travaillant en cabinet de groupe.**

4.2.1 Critères d'inclusion

Les médecins choisis ont répondu à chacun des 3 critères suivants :

- ❖ **travailler dans un cabinet de groupe associant au moins 2 médecins généralistes.**
- ❖ **partager ses locaux, sous quelques formes d'association, de communication et de travail, avec des infirmières libérales diplômées d'Etat.**
- ❖ **exercer en Normandie (Haute et Basse) ou en Picardie.**

Les médecins ont été recrutés à partir des pages jaunes sur Internet à partir du mot-clé « médecin généraliste » et en sélectionnant ceux inscrits comme : « Cabinet médical », « Centre médical », « Groupe médical », « Maison médicale » ou « SCM (Société Civile de Moyen)». Certains médecins ont toutefois été rattrapés puisque travaillant en groupe ils n'étaient pas inscrits comme tels sur les pages-jaunes.

Pour les huit départements tous les cabinets de groupe ont été contactés par téléphone (soit au total 436 cabinets). Seuls 48 cabinets (11%) associaient médecins et infirmières. Ils ont tous accepté de participer à l'enquête. Leur répartition géographique est indiquée sur la carte en annexe n°4.

- 6 cabinets dans la Somme (80)
- 7 " dans l'Oise (60)
- 4 " dans l'Aisne (02)

- 3 " dans le Calvados (14)
- 6 " dans la Manche (50)
- 2 " dans l'Orne (61)

- 16 " en Seine-Maritime (76)
- 4 " dans l'Eure (27)

Pour chaque cabinet recruté, au moins un des médecins a été contacté au téléphone afin de lui expliquer l'objet de la thèse et du questionnaire. Chacun a accepté de le recevoir et s'est engagé pour la réponse de ses confrères. Chaque questionnaire a été envoyé personnellement aux médecins ou de façon groupée à un référent pour le cabinet. Une lettre introductive ainsi que l'article paru dans la Revue du Praticien-Médecine Générale en février 2005 (*annexes n°1 et 2*) accompagnait le questionnaire. Chaque courrier était associé à une enveloppe timbrée pour le retour.

4.2.2 *Le questionnaire*

Celui-ci (*annexe n°3*) a été établi à partir des données et des expériences étrangères. Sous forme de questions fermées, il a regroupé de façon large l'ensemble des activités qu'une infirmière pourrait investir. Les médecins ont néanmoins eu la possibilité de proposer des activités autres. Les réponses ont été données parmi les quatre possibilités en fonction de leur accord ou désaccord à déléguer ces activités.

Le questionnaire a été préalablement testé par 6 médecins généralistes exclus de l'enquête. Il est composé en trois parties :

La première partie est réservée à **l'identification du médecin** (âge, sexe, milieu d'exercice du cabinet, fonction d'enseignement, consultations hospitalières).

La deuxième partie questionne le médecin pour savoir s'il est prêt ou non à déléguer des tâches concernant la promotion de la santé, le suivi de pathologies chroniques ou des interventions de première ligne. La réponse aux questions est possible par un nombre pair (4) de réponses en fonction de l'accord ou non de déléguer une activité aux infirmières.

Concernant la promotion de la santé, 9 activités ont été sélectionnées dont 4 concernant le dépistage :

- ❖ la prescription de bilans biologiques (métabolique, sérologies, PSA, ...).
- ❖ les conseils diététiques.
- ❖ les conseils de puériculture.
- ❖ l'évaluation du risque cardio-vasculaire.
- ❖ la prescription et réalisation de vaccinations (DTP).

- ❖ le dépistage de :
 - l'HTA.
 - des cervicites et du cancer du col de l'utérus (rappels et réalisation des frottis cervico-vaginaux (FCV)).
 - du cancer mammaire (rappels des mammographies et inscription sur le registre départemental).
 - du cancer du côlon (Hémocult dans le cadre d'un dépistage de masse organisé).

Concernant les pathologies chroniques, 3 pathologies ont été sélectionnées :

- ❖ l'asthme.
- ❖ le diabète.
- ❖ l'hypertension artérielle.

Concernant les interventions de première ligne, 3 domaines ont été sélectionnés :

- ❖ la réception et l'analyse d'appels téléphoniques.
- ❖ la prise en charge des pathologies « banales » (selon des protocoles).
- ❖ la prescription médicamenteuse infirmière

Est également demandé au médecin s'il pensait à d'**autres activités transférables et quel pourcentage de ses consultations estimait-il être totalement ou partiellement déléguables.**

La troisième partie questionne le médecin sur les **éventuels problèmes** qui lui paraissent faire obstacle au développement d'un tel système et sur ses **critères de recrutement d'une infirmière à compétence élargie.**

Trois rappels téléphoniques ont été réalisés pour les médecins non-répondeurs.

4.2.3 Evaluation des résultats

Les données ont été analysées à l'aide des logiciels Microsoft Excel 2000 et Statview (version 5-0 de SAS Institute Inc.). Cette analyse a été essentiellement **descriptive**. Le calcul des fluctuations d'échantillonnage (à 95 %) et la comparaison des variables nominales (tableaux de contingence) ont tout de même été réalisés. Le seuil de significativité retenu a été de $p < 0,05$.

5. Résultats

Le pourcentage des réponses au questionnaire a été de **71,43% pour les médecins** (130/182) et de **97,9% pour les cabinets** (47/48). Seuls 4 médecins d'un des 48 cabinets de l'échantillon n'ont pas répondu au questionnaire. Dans tous les autres cabinets au moins un des médecins a répondu.

Ainsi pour chaque item du questionnaire, de **125 à 128 réponses sur 130** ont pu être interprétables et incluses dans l'analyse de ceux-ci.

5.1 Caractéristiques démographiques des médecins répondeurs

- L'âge moyen des médecins est de **48 ans**.
- **86,8 %** sont des hommes.
- Répartition des milieux d'exercice : (*figure n°3 et annexe n°4*)

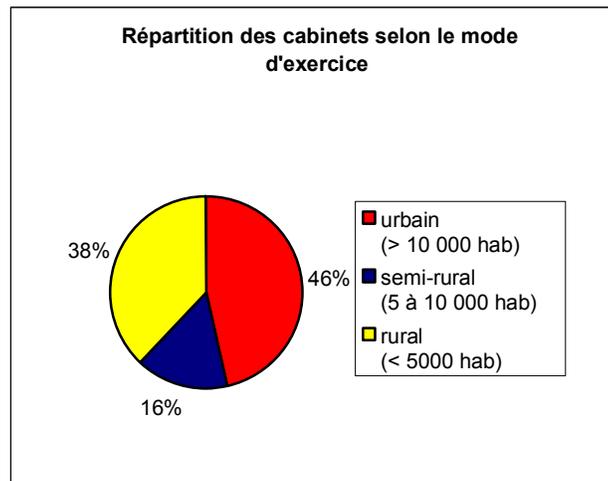
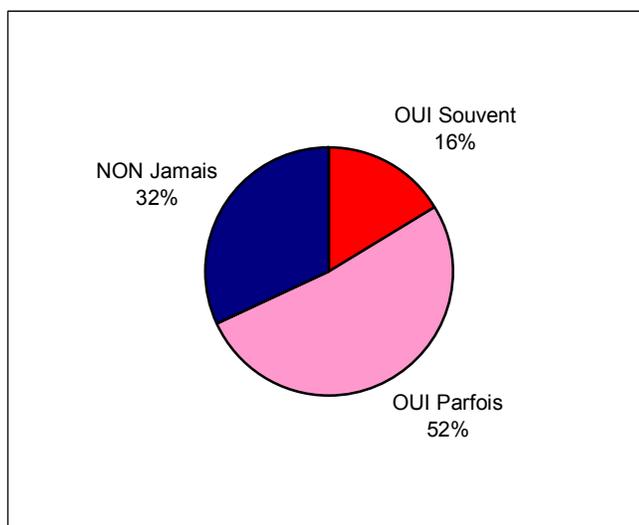


Figure n°3

- **11,6 %** sont maîtres de stage et/ou chargés d'enseignement en Médecine Générale.
- **13,2%** réalisent des consultations hospitalières.

5.2 Question préliminaire

A la question : « avez-vous déjà évoqué la possibilité d'un transfert de tâches dans votre pratique quotidienne ? » les médecins ont répondu :



5.3 Autorisation de transfert d'activités

Pour chaque item suivant, a été posé la question aux médecins :

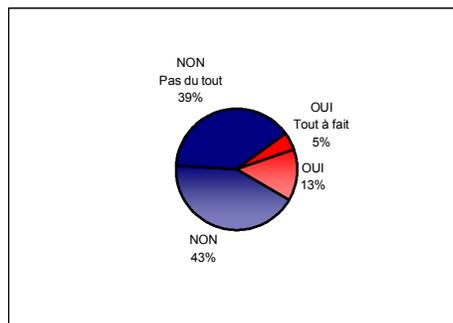
« Dans l'hypothèse qu'une infirmière à compétence élargie soit embauchée dans votre cabinet, pensez-vous qu'elle puisse réaliser cet acte sous votre responsabilité ? ».

Les résultats aux différentes questions seront exprimées de façon binaire (OUI/NON). Les intervalles de fluctuation ont été calculés avec une confiance de 95%. Le détail des réponses des médecins seront affichés à côté sous forme d'un camembert.

5.3.1 Dans le cadre de la promotion de la santé

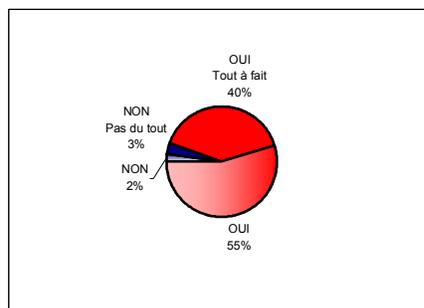
- Prescription de bilans biologiques (métabolique, sérologies, PSA..)

NON=82% +/- 6,8



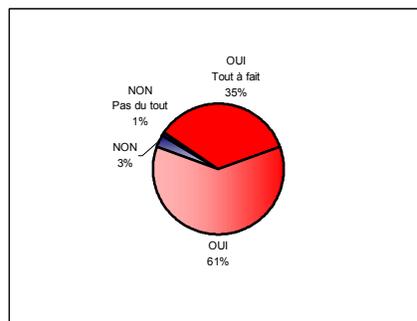
- Conseils diététiques

OUI=94,5% +/- 4



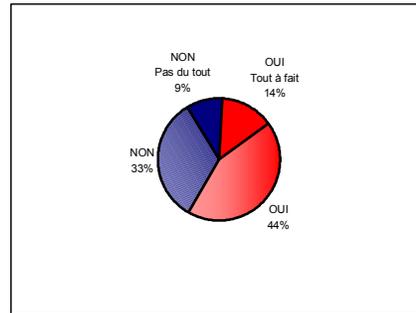
- Conseils de puériculture

OUI=96% +/- 3



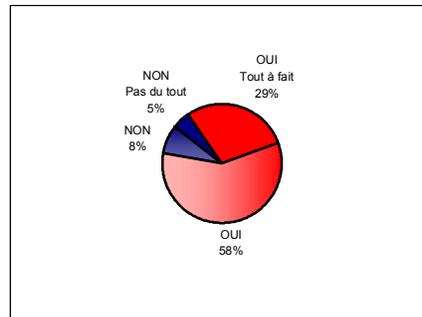
➤ L'évaluation du risque cardio-vasculaire

OUI=57,5% +/- 9



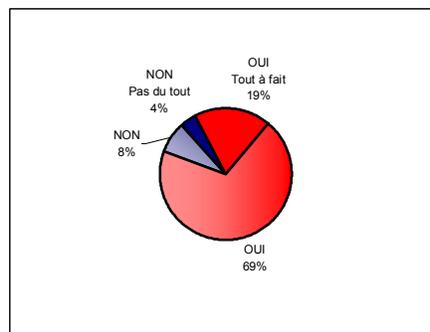
➤ Prescription et réalisation de vaccinations (DTP)

OUI=87% +/- 6



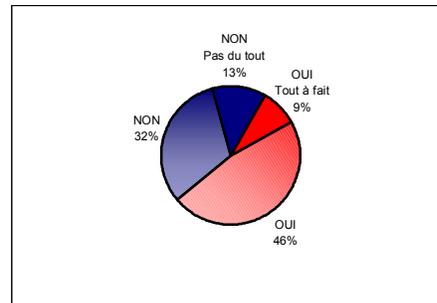
➤ Dépistage de l'HTA

OUI=88% +/- 5,5



➤ Rappels et réalisation des frottis cervico-vaginaux

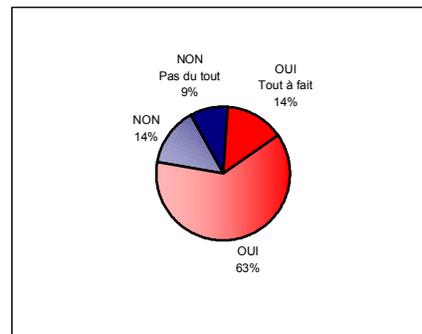
OUI=55% +/- 8,5



➤ Dépistage du cancer mammaire

(rappels des mammographies, inscription sur le registre départemental)

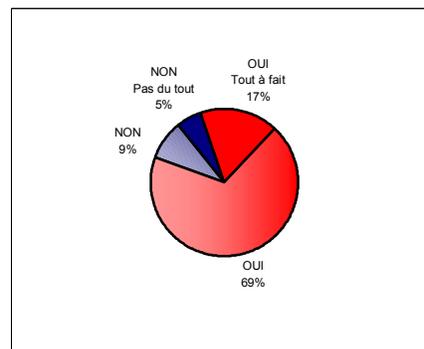
OUI=76,5% +/- 7



➤ Dépistage du cancer du côlon

(Hémocult dans le cadre d'un dépistage de masse organisé)

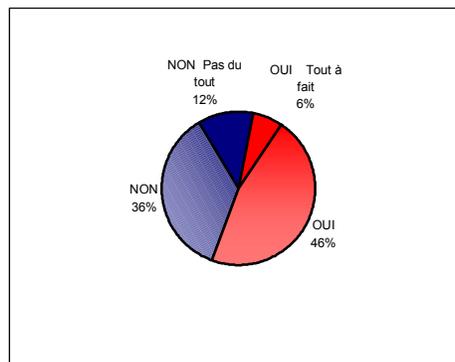
OUI=86% +/- 6



5.3.2 Dans le cadre du suivi de pathologies chroniques stabilisées

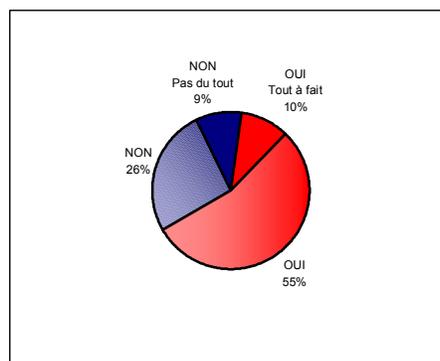
➤ Les asthmatiques

OUI=52% +/- 8,5



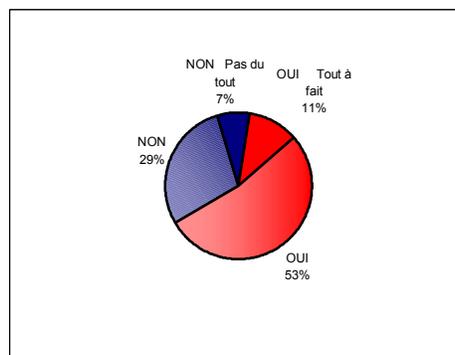
➤ Les diabétiques

OUI=64,5% +/- 8



➤ Les patients hypertendus

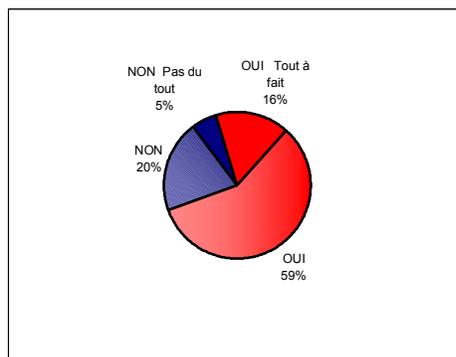
OUI=64% +/- 8



5.3.3 Dans le cadre des interventions de première ligne

- Réception et analyse d'appels téléphoniques

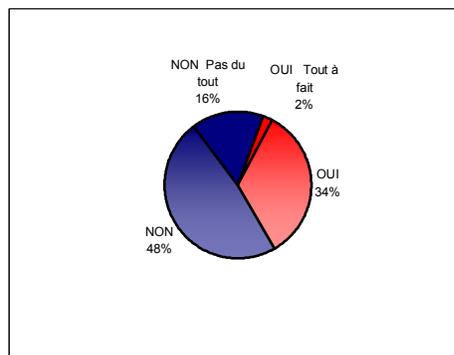
OUI=74,5 % +/- 7,5



- Prise en charge de patients ayant des « pathologies courantes et à priori bénignes »

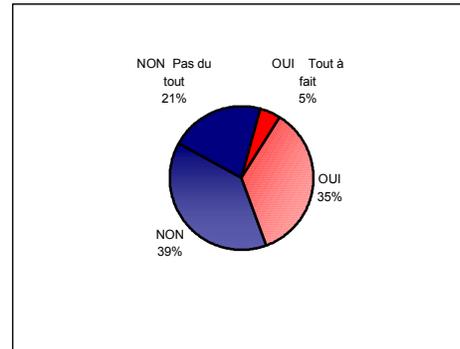
A définir selon des protocoles (ex : les sutures de plaies superficielles, petite traumatologie, immobilisations simples ou plâtrées, conjonctivites, rhino-pharyngites, troubles digestifs)

NON=64% +/- 8



- prescription médicamenteuse limitée et protocolisée (ex : antalgiques)

NON=60% +/- 8,5



5.3.4 Autres activités transférables

Les autres activités transférables proposées par les médecins ont été par ordre d'importance :
(nombre de médecins ayant répondu entre parenthèses)

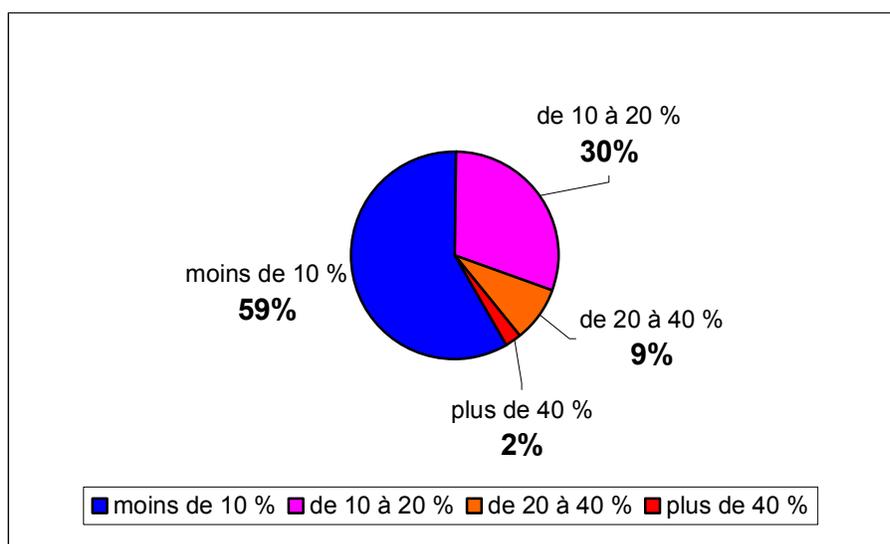
- Pratique des injections de désensibilisation (10)
- Prise des mensurations du nourrisson (7)
- Dépistage des problèmes visuels et auditifs (5)
- Surveillance nutritionnelle, des habitudes alimentaires, de l'activité physique (5)
- Examens systématiques d'une grossesse normale (sages-femmes libérales) (4)
- Création et renseignement du dossier médical (3)
- Suivi des problèmes médico-sociaux (3)
- Prévention des usages de toxiques et d'alcool auprès des jeunes (3)
- Visite des malades hospitalisés ou en maison de retraite (2)

Puis évoqué par un seul des médecins :

- Prise en charge de la contraception, suivi des personnes dépendantes, éducation thérapeutique, certificat des accidents de travail, activités d'épidémiologie, retrait des bouchons de cérumen et réalisation des strepto-test.

5.4 Pourcentage de consultations déléguables selon les médecins

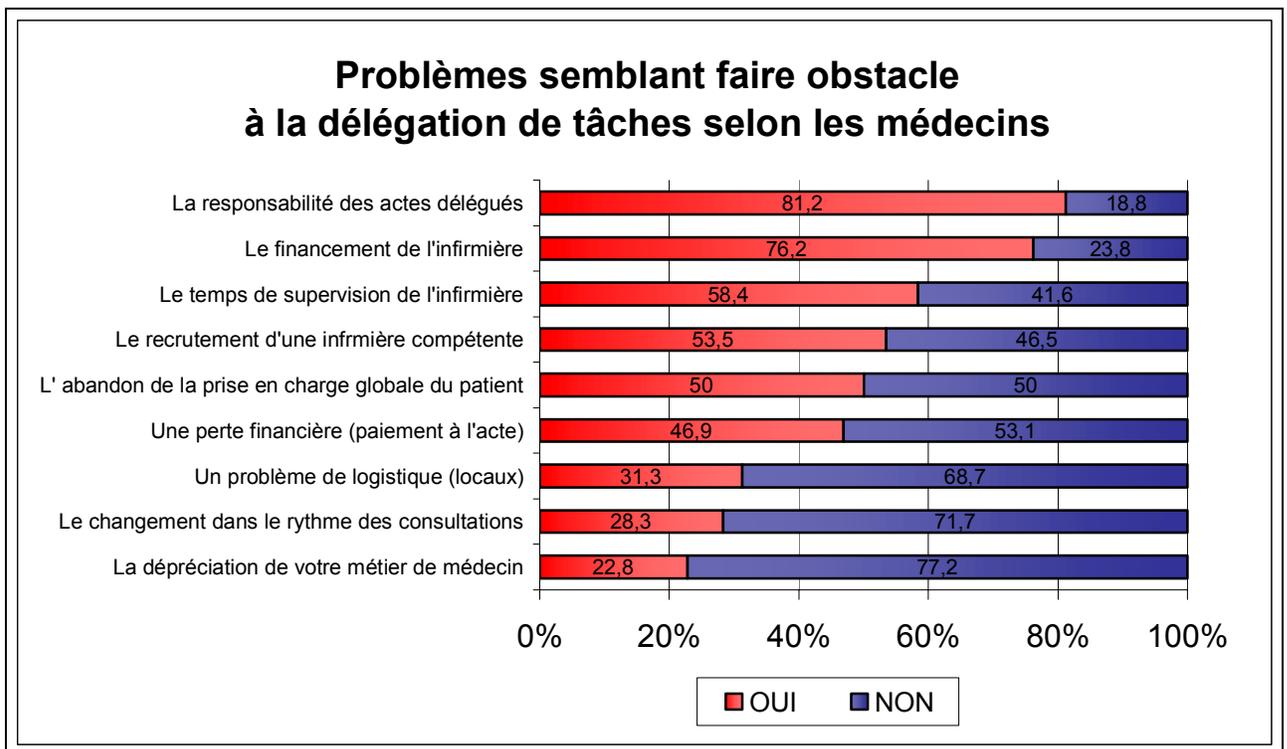
A la question : « Si vous reprenez vos consultations de la demi-journée précédente, quel est le pourcentage de vos consultations qui vous paraissent être partiellement ou totalement déléguables à une infirmière à compétence élargie ? », les médecins ont répondu :



Les médecins n'ayant jamais évoqué la délégation d'activités sont ceux qui indiquent le plus un pourcentage inférieur à 10% de consultations déléguables. Le croisement des réponses avec l'évocation de la délégation (cf. question préliminaire) montre que les médecins qui spontanément l'évoquent peu ne pensent pas pouvoir déléguer beaucoup de consultations. A contrario, les médecins qui spontanément l'évoquent pensent pouvoir déléguer un nombre de consultations plus élevé.

5.5 Problèmes faisant obstacle au développement de la délégation

A la question : « **Quels éventuels problèmes vous semblent faire obstacle au développement de la délégation d'activités** », les médecins ont répondu par ordre de fréquence :



5.6 Critères de recrutement d'une infirmière à « compétence élargie »

Les médecins ont répondu de façon ouverte (nombre de médecins ayant répondu entre parenthèses, par ordre décroissant) :

- L'expérience clinique et libérale de la ville (20)
- Une formation adéquate et validée (17)
- La volonté de travailler en équipe, de s'associer à un groupe (10)
- De la gentillesse, et un bon contact (5)
- Un climat de confiance et de responsabilité (4)
- Une disponibilité identique à celle du médecin (3)
- Une aptitude au dialogue (3)
- La volonté de suivre une formation médicale continue (3)
- La polyvalence (2)
- Une période d'essai avec CDD renouvelable, du sérieux, et une connaissance de ses limites (1 pour chaque critère)

5.7 Commentaires des médecins

La question ouverte finale a laissé part aux commentaires des médecins (nombre de médecins ayant répondu entre parenthèses, par ordre décroissant) :

- Les infirmières libérales de ville sont déjà débordées et ne sont pas assez nombreuses (10)
- La nécessité d'une revalorisation des actes du généraliste (7)
- Le développement d'un tel système doit impliquer les patients (5)
- Les actes délégués doivent être définis de façon précise, être réalisés au cabinet, si possible en utilisant un dossier informatique commun en réseau, avec un temps de supervision dégagé par les 2 professionnels (5)
- Crainte de l'augmentation de la pénibilité du travail pour le médecin (2)
- La médecine ne se réduit pas à des protocoles (2)

Enfin, exprimé par 1 médecin :

- La crainte d'une non prise en charge globale du patient, la crainte d'une augmentation de l'activité et des dépenses, la crainte que les infirmières « se prennent » pour des médecins, l'évolution illogique avec le nouveau système du « médecin traitant », cette réflexion est apparentée à un transfert d'activités des infirmières vers des aides-soignantes libérales.

5.8 Résultats en fonction des caractéristiques des médecins

L'analyse des réponses des médecins en fonction de leurs caractéristiques (âge, sexe, milieu d'exercice, maître de stage et consultations hospitalières) **n'a pas montré de différence significative concernant chaque item du questionnaire**. Cela est lié pour les deux dernières caractéristiques à leurs nombres relativement peu importants. On peut toutefois observer quelques faits :

- Il n'y a pas de différence significative entre les réponses des médecins exerçant en milieux urbain, semi-rural et rural.
- Les médecins de plus de 50 ans semblent plus réticents que ceux de moins de 40 à déléguer la prise en charge du risque cardio-vasculaire.
- Il ne semble pas y avoir de différence concernant les réponses des femmes et des hommes aux questions concernant la gynécologie (FCV et dépistage du cancer du sein).
- Les médecins pratiquant des consultations hospitalières ainsi que les médecins maîtres de stage et /ou chargés d'enseignement semblent plus disposés à déléguer. Ceci est retrouvé pour l'évaluation du risque cardio-vasculaire, le suivi des pathologies chroniques, la prise en charge d'appels téléphoniques et de pathologies simples et à priori bénignes ainsi que l'autorisation aux infirmières de prescrire.

6. Préambule à la discussion

Avant de discuter des résultats, il nous est apparu indispensable de présenter la situation de plusieurs pays européens et du Canada concernant le partage des compétences dans les soins primaires. Cette description nous permet de situer la France parmi ces expériences étrangères. Nous nous sommes basés sur ces exemples pour constituer notre questionnaire.

6.1 Historique des rapports infirmiers/médecins

En préparation à ce travail, nous avons étudié l'histoire des rapports infirmières/médecins jusqu'à nos jours. Une synthèse de celle-ci vous est présentée en annexe n°5. Ce texte permet d'appréhender les différentes philosophies ayant animé l'exercice infirmier en Grande-Bretagne et en France depuis le siècle dernier. On peut y trouver quelques explications sur des différences culturelles et de pratiques actuelles. Il permet aussi de rappeler les difficultés d'affirmation professionnelle qu'ont rencontrées les infirmières depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle.

La délégation d'activités est originaire des Etats-Unis et date du début des années 1970. Elle y a été expérimentée dans un contexte de rationalisation des soins. Le développement et la mise en concurrence des réseaux de soins (*Health Management Organization*) ont pu expliquer une telle évolution. De nouveaux métiers sont ainsi apparus tels que les infirmières praticiennes (*nurse practitioners*) ou les auxiliaires médicaux (*physician's assistants*). La situation actuelle des Etats-Unis ne vous sera pas présentée ici.

En Angleterre, le mouvement est initié au début des années 1980. Les expériences menées y s'inscrivent aussi dans un objectif d'efficience collective, mais procèdent également d'un objectif d'amélioration de l'accès aux soins. En effet, les médecins britanniques sont alors saturés. Les différentes réformes du *National Health Service (NHS)* vont alors accroître le rôle des infirmières dans les cabinets et en dehors. Le premier diplôme de *nurse practitioner* y date de 1990 et est réservé aux infirmières « expérimentées ».

6.2 Rôle des infirmières et coopération avec les médecins dans les soins primaires à l'étranger

L'examen des pays étudiés est très lié à leurs contextes spécifiques. La démographie des différents professionnels, l'organisation de la production de soins et de l'accès aux soins, les limitations juridiques des actes, la culture sont autant de points qui varient d'un pays à un autre. De plus le mode de prise en charge du risque maladie, son degré d'universalité ou encore le degré de décentralisation de l'organisation des soins peuvent varier également.¹¹

Pour chaque pays est repris l'organisation générale du système de soins primaires, les modalités de coopération entre les médecins et les infirmières ainsi que les politiques mises en œuvre pour modifier cette coopération¹⁰ (*tableau récapitulatif en annexe n°6*).

Les pays choisis l'ont été en raison de **leur expérience dans le domaine des nouveaux rôles infirmiers** (Royaume-Uni, Canada, Suède), **du caractère décentralisé de leur organisation** (Italie, Finlande), **de leur proximité avec le système français** (Allemagne) **ou de leur position intermédiaire entre le système allemand et le système anglais** (Pays-Bas).

On peut distinguer parmi ces pays deux groupes :

- ❖ Les pays où les médecins exercent majoritairement, comme en France, **en cabinets individuels ou en groupe mono-disciplinaire** (Allemagne, Pays-Bas, Italie, Canada).
- ❖ Les pays où les médecins exercent majoritairement **dans des groupes pluridisciplinaires**, en coopération avec d'autres professionnels, et notamment des infirmières (Royaume-Uni, Suède, Finlande).

A l'inverse de la France, l'intervention dans certains pays d'une autre profession (les assistantes médicales) explique la faible présence des infirmières dans le secteur des soins primaires. C'est le cas en Allemagne et aux Pays-Bas.

6.3 L'Allemagne, les Pays-Bas, l'Italie et le Canada : un exercice en commun entre médecins et infirmières encore peu développé

6.3.1 L'Allemagne : une place des soins primaires encore peu reconnue

En Allemagne, **les médecins libéraux** généralistes et spécialistes interviennent à part égale dans les soins primaires. Seulement 25 à 30% des médecins exercent en groupe. Depuis 2004, les patients s'inscrivent auprès d'un médecin et ce pour une durée minimale de trois mois.

L'Allemagne se caractérise par la présence d'**assistantes médicales**. Au nombre de 493 000 en 2002 (1,8/médecin), elles ne sont présentes que dans le secteur ambulatoire mais quasiment chez tous les médecins, le plus souvent à temps partiel. Il s'agit d'emplois peu qualifiés et peu rémunérés (900 à 1300 €/mois). Leur activité consiste en des travaux de secrétariat médical et des tâches cliniques de technicité limitée (prise de la TA, pansements, prélèvements de sang, analyses d'urines, injections, réalisation d'ECG,...). Celles-ci travaillent uniquement sous la responsabilité des médecins.

Du point de vue juridique c'est au médecin de s'assurer des compétences du professionnel auquel il délègue l'acte, assistante ou infirmière. Ceux ci sont responsables également dans la mesure où ils acceptent de réaliser l'acte.

Les infirmières n'ont qu'une place limitée dans le secteur des soins primaires du fait de la présence des assistantes médicales. Cependant, pour faire face au vieillissement de la population, l'Allemagne a mis en place en 1995 l'assurance dépendance. Par la même occasion a été créée la spécialité d'infirmière gériatrique. Depuis les soins à domicile sont privilégiés par rapport à ceux dispensés à l'hôpital et les infirmières ont une place progressivement croissante dans les soins auprès des personnes dépendantes. Cela leur a permis de développer dans ce secteur une pratique indépendante.

Les infirmières sont formées dans des écoles mais aussi à l'Université pour 10% d'entre elles où elles peuvent bénéficier d'une formation supérieure de type LMD.

Des **services communautaires de soins** similaires à nos Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) ont été mis en place. Au domicile du patient, les infirmières générales sont responsables des soins techniques prescrits par le médecin ; les infirmières gériatriques et les aides-soignantes des soins dits primaires (toilette, prévention d'escarre, mobilisation, conseil et soutien psycho-social). Ces derniers soins sont définis par le service médical de l'assurance de soins ; mais qui reprend en grand partie le diagnostic fait par les infirmières gériatriques et non pas par le médecin.

Cependant, ces services sont en pratique encore relativement peu nombreux et financièrement précaires. Outre les avancées réalisées dans la formation, la recherche et l'autonomie de la profession, on constate sur le terrain un décalage, une hiérarchisation entre les soins techniques et ceux alloués à l'infirmière gériatrique. Les infirmières se plaignent également d'un manque de flexibilité de leur emploi du temps lié à l'organisation imposée par l'assurance médicale.

Depuis 2003, a été créé une nouvelle forme d'exercice en soins ambulatoires : les centres d'activités médicales (*Medizinische Versorgungszentren*) pouvant associer différents professionnels mais aussi des hôpitaux. Ce système est encore largement minoritaire mais susceptible de développer la collaboration interdisciplinaire.

6.3.2 Les Pays-Bas : les soins primaires articulés autour des médecins généralistes et une faible présence des infirmières

Aux Pays-Bas l'offre de soins est majoritairement privée. **Les médecins généralistes** ont depuis 1941 une position de porte d'entrée au système . Les patients doivent s'inscrire auprès d'un généraliste pour une durée minimale d'1 an. Les spécialistes exercent essentiellement à l'hôpital. Les médecins sont rémunérés en partie à la capitation pour les patients inscrits sur les listes des caisses d'assurance maladie (*ziekenfonds*), en partie à l'acte pour les patients qui ont une assurance privée (le 1/3 de la population selon les revenus). Les généralistes exercent aujourd'hui majoritairement (57%) en cabinet de groupe, le plus souvent de deux médecins.

Tout comme en Allemagne, la place des **assistantes médicales** est importante dans les cabinets de médecine générale et elles y effectuent le même type de tâches. **Les infirmières** ne sont que peu impliquées dans les soins primaires aux Pays-Bas.

Il existe toutefois un modèle minoritaire de centres de santé où différents professionnels travaillent de concert. Ces centres desservent environ 10% de la population et dispensent pour l'essentiel des soins aux enfants et aux personnes âgées.

Il est aussi mené actuellement **une expérience nationale d'extension des tâches de soins primaires aux infirmières** au sein de douze cabinets de groupe ou de centres de santé. Les infirmières peuvent y réaliser des consultations initiales, visiter des patients à domicile, suivre des patients chroniques (de façon protocolisée) et gérer les programmes de vaccination. Elles ont avant tout un rôle d'orientation et d'éducation ; elles ne peuvent réaliser ni diagnostic ni prescription.

Du point de vue législatif, ¹² la loi Big prévoit la possibilité de déléguer certains actes médicaux du médecin vers l'infirmière notamment. Un professionnel de santé peut ainsi effectuer un acte pour lequel il n'est pas directement compétent . Il ne peut le réaliser que s'il agit sur ordre du professionnel habilité à pratiquer cet acte et s'il est suffisamment expérimenté pour réaliser cet acte de façon adéquate. Une aide-financière pourrait ainsi être accordée aux médecins généralistes dans le but de couvrir le coût de recrutement de l'infirmière.

6.3.3 *L'Italie : des médecins libéraux en cabinet individuel et en situation de porte d'entrée au système*

Depuis les réformes de 1992-93 et 1997-99, l'Italie présente **un système de santé décentralisé**. La gestion et le financement du système est depuis alloué aux régions ainsi qu'aux agences sanitaires locales (*Aziendende sanitaria locali*).

Les médecins généralistes sont en position de porte d'entrée au système de soins. Les patients doivent s'inscrire auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre. Ces médecins exercent à titre libéral et pour la plupart dans des cabinets individuels. Ils sont rémunérés à la capitation (80 % de l'activité) et semblent relativement démotivés .¹³ Ils exercent souvent une activité libérale autre (20 % de l'activité), ce qui leur permet de doubler leurs revenus.

L'Italie a la particularité par rapport à ses voisins européens d'avoir une forte densité médicale (5,5 médecins/1000 habitants) .¹³ On peut rapprocher cette situation au faible développement de **la profession infirmière** dans le secteur ambulatoire, qui reste le domaine réservé des médecins généralistes. Il n'y a donc peu de collaboration entre les médecins et les infirmières en Italie.

On peut toutefois noter des **expériences régionales** (Emilie-Romagne, Lombardie) afin de renforcer les soins primaires. Les politiques y visent à promouvoir la médecine de groupe en favorisant l'intégration des médecins aux services sociaux ou de santé publique ainsi qu'en réorganisant les tâches entre professionnels. Ainsi le salaire d'une infirmière peut être pris en charge à hauteur de 35 % pour un médecin exerçant à temps plein.

En Lombardie des infirmières au sein de groupes de soins primaires suivent des malades diabétiques et hypertendus. Elles sont sous la responsabilité du médecin et ne peuvent réaliser ni diagnostic ni prescription.

En Italie, la définition juridique des compétences au travers des actes infirmiers a été supprimée en 1999. Le champ de responsabilités est fixé par le contenu des profils professionnels et par la formation.

6.3.4 *Le Québec et l'Ontario : un véritable rôle des infirmières en soins primaires, une collaboration récemment et inégalement développée*

Le cas du Canada est intéressant car des réformes de l'organisation des soins primaires et des rôles infirmiers ont récemment été initiées. Le système de santé canadien souffre de problèmes d'accessibilité, de continuité des soins et aussi de son financement. Dans ce contexte de pénurie médicale, les autorités provinciales ont réorienté le système de soins vers les soins primaires. Ceux-ci sont maintenant le pivot du système de soins.¹⁴

➤ L'organisation des soins primaires

Au Québec, l'accès au soins est plus informel que libre. Les patients sont incités à s'inscrire sur une liste auprès d'un médecin généraliste. Les soins primaires y sont dispensés principalement par trois types d'organisation.

Majoritairement les soins primaires sont pris en charge par les **cabinets médicaux privés**. La plupart des **médecins** exerce en groupe et les cabinets comportent en moyenne 5,2 médecins généralistes. Ceux-ci sont rémunérés à l'acte. Ces cabinets regroupent d'autres professionnels y compris des infirmières, mais leur rôle se cantonne essentiellement à celui d'une assistante médicale. Elles y sont directement rémunérées par les médecins.

Un deuxième type d'organisation minoritaire est constitué par les **Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC)**. Créés en 1972, ils devaient initialement constituer la porte d'entrée dans le système à partir d'équipes multidisciplinaires favorisant la continuité des soins et la collaboration professionnelle. Ils n'ont pas obtenu l'effet escompté. Aujourd'hui ils offrent des soins pour les situations les plus courantes mais surtout pour les personnes en perte d'autonomie. Les médecins y sont salariés. Autrement, depuis 1995 a été mis en place un service d'évaluation et d'orientation téléphonique, Info-Santé, disponible 24h/24. Les infirmières, à l'aide d'un arbre décisionnel répondent aux questions des patients et les guident. En Ontario les *Community Health Centres (CHC)* sont les équivalents des CLSC.

Pour pallier au problème de pénurie médicale et promouvoir la prise en charge globale des patients le Québec a mis en place en 2000 un nouveau mode d'exercice : **les Groupes de Médecins de Famille (GMF)**. Ils sont constitués d'une dizaine de médecins associés à des infirmières. Ces infirmières ont des compétences étendues ; elles peuvent effectuer des actes de prévention, de dépistage, de gestion de cas ¹⁵, ainsi que la liaison avec les CLSC et les services de deuxième ligne. Les patients s'y inscrivent de façon volontaire. Il existe aujourd'hui 115 GMF . Ce nombre est en augmentation ; l'objectif du ministère québécois est qu'à terme 75 à 80% de la population soit inscrit dans un tel groupe. L'Ontario a introduit les mêmes dispositifs avec les *Family Health Groups*. ¹⁶

➤ Les rôles infirmiers

La proportion d'**infirmières** travaillant dans les soins communautaires est à peu près équivalente à celle existante en France (12%). Le système libéral est quasi inexistant ; les infirmières de santé communautaire sont salariées soit par l'Etat soit par les médecins (au sein des CLSC). La formation est universitaire. Elle est équivalente à Bac+2 (techniques infirmières) puis peut se prolonger à Bac+4 ½ (licence), Bac+6 ½ (master) et éventuellement doctorat. La proportion d'infirmières poursuivant leurs études est en constante augmentation. Concernant les soins communautaires (CLCS) la proportion d'infirmières détenant un diplôme universitaire est très élevée (73,1%).

Du point de vue législatif, **la loi sur le champ d'exercice infirmier a été modernisée en 2002**. La nouvelle loi ¹⁷ conserve la même définition du champ d'exercice mais identifie 14 activités réservées à la profession, soit à titre exclusif, soit partagées avec d'autres professions. Il s'agit d'une définition par fonctions plutôt que par actes, ce qui donne plus de latitude aux infirmières. On y reconnaît ainsi le jugement clinique infirmier, les compétences élargies et l'autonomie professionnelle. Parmi les activités réservées à l'infirmière, certaines leur sont réservées sans condition : l'évaluation, la surveillance de la condition physique et mentale d'une personne, l'établissement d'un plan de traitement des plaies et altérations de la peau, la décision d'utilisation des mesures de contention. D'autres découlent de l'application de la Loi sur la Santé Publique : initier des mesures de dépistage (cancers, MST), procéder aux vaccinations prévues par la loi. Enfin les autres activités sont réservées à l'infirmière mais sous ordonnance médicale.

La naissance de cette nouvelle loi n'aurait pas été possible sans l'existence d'un climat de confiance et de respect mutuel entre les médecins et les infirmières. Les chevauchements de fonctions entre les deux professions sont réglementés par l'établissement d'une ordonnance individuelle ou collective, ou par un protocole de suivi établi localement de façon concertée. Les situations faisant l'objet le plus souvent d'un protocole sont : les problèmes cardio-vasculaires, le diabète, les bronchopathies chroniques, les patients sous anticoagulants.

A coté de cela, existent d'autres pratiques infirmières : l'infirmière de pratique avancée (clinicienne spécialisée, praticienne) et l'infirmière de proximité, de niveau master.

- ❖ **L'infirmière clinicienne spécialisée** existe depuis longtemps en milieu hospitalier et sa présence s'étend aux soins primaires. Son rôle concerne le développement de projets cliniques spécifiques et l'encadrement des infirmières qui se réfèrent à elle.
- ❖ **L'infirmière praticienne** travaille exclusivement en milieu hospitalier et apporte des soins aux patients. Elle possède une formation avancée dans un domaine spécifique (néonatalogie, néphrologie, cardiologie,...). Les médecins lui délèguent certaines prescriptions et actes techniques invasifs. La loi a prévu cette délégation d'activités. Leur rôle est de dispenser des soins infirmiers ; la loi est là pour les rendre plus autonomes dans certaines situations.
- ❖ **L'infirmière de proximité** travaille en équipe dans le milieu des adolescents ou des marginaux, patients présentant souvent des problèmes socio-sanitaires complexes. Elle peut initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage ou thérapeutiques (tests de grossesse, sérologies virales, contraception d'urgence ou non...).

6.4 Le Royaume-Uni, la Suède et la Finlande : des structures d'exercice en commun

6.4.1 Le Royaume-Uni : une place ancienne des infirmières dans les soins primaires mais une collaboration récente avec les médecins

➤ L'organisation des soins primaires

Le système de soins britannique : **le NHS a vécu depuis le début des années 1990 des réformes sans précédent.** Ces réformes ont eu pour effet de recentrer des soins initialement pris en charge par les services secondaires vers les soins primaires. Le système de soins est décentralisé aux différents pays qui composent cette union. Mais surtout, **ce sont les autorités locales : les *Primary Care Trusts (PCT)* qui ont pris beaucoup d'importance dans la gestion du système.**

Les soins primaires sont majoritairement assurés par les médecins généralistes, associés à d'autres professionnels, notamment des infirmières. Les généralistes ont un statut de professionnels indépendants liés au *NHS* par un contrat-cadre national. Ils sont rémunérés à la capitation. Ce contrat est négocié au plan local avec le *PCT*. Les patients doivent être inscrits auprès d'un cabinet de médecine générale ; les généralistes sont en position de « gate-keeper ». Aujourd'hui 92% des praticiens exercent en groupe. Les cabinets comportent en moyenne 3 médecins généralistes mais ce nombre a tendance à augmenter. Chaque cabinet passe une convention avec le *PCT* pour la fourniture d'une liste spécifique de prestations et est payé en conséquence.

➤ Les professions infirmières

Les infirmières exercent dans les cabinets selon deux modalités différentes. Premièrement, elles peuvent être embauchées et salariées d'un cabinet afin de réaliser un ensemble de tâches déléguées par le médecin (*practice nurses*). Elles sont dans ce cas sous la responsabilité du médecin dirigeant. Deuxièmement, elles peuvent être salariées du *PCT* pour effectuer des soins à domicile de patientèles spécifiques (*district nurses* et *health visitors*). Ces deuxièmes sont en général plus qualifiées.

Indépendamment, les infirmières praticiennes (*nurse practitioners*) servent des populations particulières et représentent la formation la plus aboutie de la profession.

❖ **Les infirmières de cabinet** (*practices nurses*) prennent en charge au sein de celui-ci des problèmes de premier recours ou des patients adressés directement par le généraliste. Elles réalisent par exemple les soins de plaies et de traumatismes légers, les vaccinations ou encore les frottis cervicaux. Elles assurent également des consultations dans le suivi de maladies chroniques telles que l'asthme ou le diabète en utilisant des protocoles. Il ne s'agit pas là d'une simple délégation de tâches, mais d'une véritable réorganisation de la prise en charge de ces maladies chroniques. Les patients sont en effet suivis de façon proactive.

Ce fonctionnement des infirmières dans les cabinets date des années 80. C'est à partir de cette date que le financement de 70% du salaire de l'infirmière par les autorités a incité les cabinets à en recruter. Outre leur rémunération à la capitation, les généralistes associés aux infirmières peuvent recevoir des revenus supplémentaires quand ceux-ci fournissent des prestations de meilleure qualité ou fournies habituellement par les hôpitaux. Ils s'engagent en contrepartie sur ces objectifs de qualité ou de service. Ceux-ci portent par exemple sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, sur les vaccins, sur un pourcentage de patients asthmatiques à revoir systématiquement ou de patients chez qui l'on a pris la pression artérielle. Les cabinets se sont organisés et ont ainsi recouru aux infirmières pour ces nouvelles missions.

La formation de ces infirmières de cabinet est très aléatoire et inégale, au gré de la volonté de leur employeur généraliste.

- ❖ **Les infirmières de secteur** (*district nurses*) travaillent au sein de petites équipes au domicile des patients. Elles prennent en charge souvent les personnes âgées. Leur travail consiste en des soins physiques directs et en un rôle de coordination entre les services sociaux et médicaux. Elles ont également un rôle étendu en matière de prescription. Elles peuvent être liées à un cabinet de médecine générale mais sont indépendantes dans leur pratique.

- ❖ **Les visiteurs de santé** (*health visitors*) interviennent au domicile dans le cadre du suivi des mères et des jeunes enfants : elles correspondent à nos infirmières de protection maternelle et infantile. Elles ont également un rôle étendu en matière de prescription et comme les infirmières de secteur sont indépendantes.

Ces trois professions infirmières ont ainsi développé des rôles en matière de promotion de la santé, de soins de premier recours, de prise en charge de maladies chroniques ou de prescription.

Mais la formation la plus aboutie est représentée en la profession **d’infirmière praticienne** (*nurses practitioners*). Ces infirmières ont un rôle qui peut s’apparenter à celui d’une infirmière de cabinet. Cependant, elles sont souvent employées pour servir des populations particulières comme les sans-abris ou dans des quartiers défavorisés où les généralistes sont trop peu nombreux. Ces infirmières reçoivent des patients ayant des problèmes indifférenciés. Elles peuvent effectuer un examen clinique, envisager un diagnostic et proposer un traitement. Elles ont droit à la prescription. Elles peuvent travailler dans les « *walk-in-centres* » (*WiC*) ou au « *NHS-direct* » qui représentent deux systèmes originaux développés par le *NHS*.

- Les « *walk-in-centres* » ont été lancés en 2000. Ce sont des centres d’accès rapide et sans rendez-vous aux soins primaires. Ils peuvent être installés dans des supermarchés ou dans le métro. Ouverts 7j/7 avec des horaires larges, une infirmière peut y réaliser un bilan et prendre en charge des problèmes de santé mineurs. Elle y mène des actions de promotion de la santé et donne des informations diverses ou sur les services de garde.
- Le « *NHS-direct* » a été mis en place en 1998. C’est un service de garde téléphonique 24h/24 où des infirmières assistées par un logiciel d’aide au diagnostic orientent le patient vers le service sanitaire adapté ou l’aident à solutionner seul son problème.

Nous avons vu les différents types d'infirmières travaillant au sein des soins primaires et qui présentait un intérêt dans le cadre de leur fonction. Il en existe d'autres telles que les infirmières diplômées d'état (*registered nurses*) travaillant en soins primaires ou dans des domaines spécialisées ou encore les infirmières consultants. Ces dernières ont un rôle d'expertes dans les aspects cliniques, éducatifs et de recherche.

Toutes les infirmières ont **une formation universitaire**. Après l'obtention du diplôme d'état, les infirmières font un an de plus pour obtenir le diplôme d'infirmière de secteur ou de visiteur de santé. Le titre de *nurse practitioner* existant depuis plus de dix ans et promu par le *Royal College of Nursing* n'est paradoxalement toujours pas reconnu.

➤ La prescription infirmière

Ce droit à la prescription est un aspect particulièrement intéressant du développement des fonctions de l'infirmière en Grand Bretagne. Fermé en France, il a été initié en 1994. et a connu **un essor considérable puisqu'en 2004** plus de 30 000 infirmières recouraient à cette pratique.

La prescription infirmière est actuellement possible **dans quatre contextes** :

- ❖ Le premier est de loin le plus répandu. Il concerne les infirmières de secteur ainsi que les visiteurs de santé. Ceux-ci peuvent prescrire **treize produits inscrits sur un formulaire** (*nurse prescriber's formulary*).¹⁸ Ces produits correspondent à des situations de leur pratique courante (pansements, matériel ...). La formation à la prescription est intégrée dans la formation de base. **Depuis 2004, cette liste à été étendue** (*extended formulary*) pour les infirmières "expérimentées" et formées de façon spécifique (6 mois de formation). Elles peuvent ainsi prescrire 180 produits (antibiotiques, vaccins, pilule, corticoïdes,...) dans 80 situations cliniques précises (gastro-entérite, crise d'asthme, infection urinaire non compliquée de la femme, soins palliatifs...).
- ❖ Depuis 2003, des infirmières ont le droit de prescrire **dans le cadre d'un accord entre le médecin, l'infirmière et le patient**. Cet accord s'adresse particulièrement aux patients atteints de pathologies chroniques. Ainsi chaque professionnel inscrit dans le protocole peut instaurer un traitement ou modifier celui du prescripteur initial.

❖ L'infirmière peut également prescrire **des produits tels que les vaccins si cette pratique a été enregistrée et validée localement par un médecin ou un pharmacien et le PCT.** L'infirmière fait ainsi partie d'une liste de professionnels autorisés. Cette pratique ne requière pas de formation particulière. C'est à chaque organisation de s'assurer de la compétence de chacun.

❖ Enfin il existe des dispositions de prescription pour **des produits destinés à des besoins particuliers** (produits administrés par voie parentérale).

6.4.2 La Suède et la Finlande : des centres de santé pluridisciplinaires et des infirmières en première ligne

➤ L'organisation des soins primaires

Au sein de ces deux pays l'offre de soins primaires est **décentralisée aux comtés et aux municipalités**. Celle-ci est essentiellement publique mais le secteur privé est en augmentation.

En Suède, les centres de santé constituent la base du système de soins. La part des généralistes est en constante augmentation mais ne représente actuellement que 25% des médecins. Ils ne sont pas en position de porte-d'entrée. Certaines régions urbaines ou rurales souffrent de pénurie.

En Finlande, ce sont les municipalités qui organisent et financent les soins primaires à l'échelon local. Les médecins ont un statut de fonctionnaire et travaillent également dans des centres de santé, associés à d'autres professionnels.

➤ La profession infirmière

En Suède et en Finlande au sein des centres de soins, l'activité des infirmières dépend des différents contextes de travail et de la façon dont les professionnels travaillent ensemble. Elles reçoivent les appels des patients. Elles donnent alors soit l'avis par téléphone, soit donnent rendez-vous au patient en le prenant en charge ou en l'adressant au médecin. **Au delà de ce rôle d'orientation, elles ont également un rôle d'assistante du médecin et ont leurs propres heures de consultation.** Celles-ci sont réservées à des petits actes (injections, mesure de la PA, retrait de points de suture,...). Les infirmières prennent également en charge le planning familial, la médecine scolaire et la médecine du travail, en coopération avec les médecins.

Les infirmières, embauchées par les municipalités sont impliquées dans les soins et visites à domicile, en particulier aux personnes âgées. **Dans certaines zones de pénurie, elles peuvent remplir des rôles initialement pris en charge par les médecins et peuvent avoir accès à la prescription en Suède.**

En Suède, les infirmières sont formées à l'université depuis 1977 et obtiennent un niveau licence depuis 1993. Elles peuvent par la suite se spécialiser en 1 an 1/2 dans différents domaines comme l'anesthésie, la pédiatrie, la gériatrie, la chirurgie ou encore la santé publique (district nurses).

Les infirmières suédoises ont **un droit de prescription**.¹⁹ Initialement et depuis 1994, ce sont les infirmières de santé publique ainsi que les sages-femmes qui ont bénéficié de ce droit. La formation à la prescription est aujourd'hui incluse dans la spécialisation. En 2001, ce droit a été étendu aux autres infirmières sous couvert d'avoir suivi la formation et de travailler dans le secteur public. La liste des médicaments qu'une infirmière peut prescrire s'est étendue et est révisée annuellement par le Conseil national de la santé et des affaires sociales (*Socialstyrelsen*). Selon l'Agence suédoise des produits médicaux, **ces produits doivent respecter cinq principes** :

- Ils doivent concerner les soins infirmiers et non des examens de laboratoire.
- Ils doivent avoir été approuvés et utilisés depuis au moins deux ans.
- Les indications doivent respecter les Autorisations de Mise sur le Marché (AMM).
- Ils doivent être inscrits sur la liste.
- Les règles relatives à la responsabilité doivent être les mêmes que pour les médecins.

7. Discussion

7.1 Les médecins répondeurs

7.1.1 *Caractéristiques démographiques*

La moyenne d'âge des médecins ayant répondu (48 ans) correspond à celle des médecins en France (47,5 ans). Par contre le pourcentage de femmes n'est que de 13 %. Il est moins important que les 22 % de femmes généralistes en France.

7.1.2 *Critères d'inclusion*

Nous ne nous sommes pas initialement enquêrés du nombre de médecins participant à l'enquête. Les résultats de celle-ci nous paraissaient avoir un intérêt plus qualitatif que quantitatif. De plus le contact d'un nombre supérieur de médecins se serait heurté aux limites techniques de sa réalisation (temps d'appel, d'explications, de relances, de réception, et de financement).

C'est pourquoi nous nous sommes tenus de façon limitative aux trois critères d'inclusion :

- 1. Travailler dans un cabinet de groupe associant au moins 2 médecins généralistes.**
- 2. Partager ses locaux, sous quelques formes d'association, de communication et de travail, avec des infirmières libérales diplômées d'Etat.**
- 3. Exercer en Normandie (Haute et Basse) ou en Picardie.**

1. Les cabinets sélectionnés ne représentent seulement que **11% de l'ensemble des cabinets des trois régions (48/436)**. N'ont pas été sélectionnés les médecins exerçant seuls. Cette sélection est en lien avec ce qui se fait à l'étranger. La délégation d'activités ne s'y déroule qu'au sein de centres pluridisciplinaires : Les CLSC et les GMF au Canada, les cabinets de groupe au Royaume-Uni, en Suède et en Finlande. C'est pourquoi les médecins sélectionnés nous ont paru être le meilleur échantillon pour notre étude. Ceci n'exclut pas une délégation des médecins exerçant en groupe et non encore associés à des infirmières, ou encore des médecins exerçant seuls. Le développement d'une telle pratique chez ces derniers paraît toutefois plus difficile à envisager.

2. Nous n'avons pas tenu compte des liens de propriété et/ou financier qui liaient les deux professionnels. Cela a une importance certaine sur les rapports entre les deux mais peu sur le travail effectué par chacun dans leur pratique courante. Néanmoins, le statut d'une infirmière exécutant de nouvelles activités au sein d'un cabinet aura de l'importance. Dans les autres pays, les infirmières sont souvent salariées, par les cabinets ou les autorités de santé. Le secteur libéral infirmier est d'ailleurs une spécificité française.

3. L'enquête a concerné nos trois régions normandes et picarde, d'un profil démographique proche. Les *tableaux n°2 et 3* suivants permettent de rappeler les caractéristiques régionales de l'offre de soins des généralistes et infirmiers libéraux. ² Pour analyser celles-ci, outre la densité des professionnels (pour 100 000 habitants), sont indiqués leur activité moyenne (nombre d'actes pour les médecins, nombre de coefficients AMI et AIS pour les infirmiers) ainsi que la consommation moyenne d'acte de soins par consommant (pour les médecins).

Tableau n°2 : Caractéristiques régionales de l'offre de soins des médecins généralistes libéraux

Région	Médecins généralistes libéraux (hors EP) ¹		Omnipraticiens offrant des soins de proximité ²		Activité moyenne des médecins généralistes libéraux (hors EP) ¹		Consommation moyenne annuelle d'actes de généralistes libéraux des consommateurs (hors EP) ¹	
	Densité	Rang	Densité	Rang	Nombre d'actes	Rang	Nombre d'actes	Rang
Basse-Normandie	85	18	92	23	5 513	7	5,16	17
Haute-Normandie	83	20	96	19	5 931	4	5,45	13
Picardie	81	22	93	21	5 493	8	4,93	20
France entière	92	-	109	-	5 028	-	5,36 (Fr.méto)	-

hors EP = hors Exercice Particulier (PMI, autres)

Sources : ONDPS 1.SNIR au 31 décembre 2002 (CNAMTS)

2.ADELI au 1^{er} janvier 2003 (DREES)

Tableau n°3 : Caractéristiques régionales de l'offre de soins des infirmiers libéraux

Région	Infirmiers libéraux ¹		Infirmiers offrant des soins de proximité ²		Activité moyenne des infirmiers libéraux ¹	
	Densité	Rang	Densité	Rang	Nombre moyen de coefficients AMI et AIS	Rang
Basse-Normandie	68	14	108	14	16 044	9
Haute-Normandie	54	21	79	24	14 710	17
Picardie	57	17	78	25	14 287	21
France entière	83	-	120	-	15 876	-

AMI et AIS : lettres clés pour la rémunération

Sources : ONDPS 1. SNIR au 31 décembre 2002 (CNAMTS)

2. ADELI au 1^{er} janvier 2003 (DREES)

Comme nous pouvons le voir, ces régions connaissent des difficultés en terme de démographie des professionnels médicaux et infirmiers. Ces régions semblaient donc un terrain idéal pour notre enquête.

A partir de ces données, l'ONDPS ² a réalisé une classification cantonale en fonction des zones plus ou moins bien dotées. L'adéquation avec la situation géographique des cabinets recrutés pour l'enquête et l'analyse de leurs résultats n'ont pas été faits.

L'analyse des résultats a été globale. Il n'a pas été cherché à démontrer que les médecins étaient plus d'accord à déléguer quand ils exerçaient dans une zone moins dotée en offre de soins. D'ailleurs il n'y a pas de différence significative pour l'ensemble des items du questionnaire entre les médecins exerçant en rural, semi-rural et urbain.

Enfin, nous rappellerons pour chaque région **les principaux problèmes de santé publique ainsi que les perspectives de l'offre de soins régionale**. Les données qui suivent ont été avancées par chaque comité régional de l'ONDPS.

La Basse-Normandie :

C'est une région littorale au caractère rural encore très marqué et à l'habitat dispersé en de nombreux petits bourgs. La région ne comporte que deux villes de plus de 50 000 hab. : Caen et Cherbourg.

Globalement, la région doit faire face à une mortalité prématurée supérieure à la moyenne nationale. Cette surmortalité concerne les accidents cardio-vasculaires, les tumeurs cancéreuses et les morts violentes, notamment par suicide.

Dans le contexte d'un maillage général plutôt peu dense et d'une pyramide des âges fortement marquée par un corps médical vieillissant, le problème de la permanence des soins, en particulier en milieu rural, se pose déjà et se posera avec une plus grande acuité dans les prochaines années. L'URCAM et L'URML mènent déjà des actions de promotion de l'exercice en milieu rural, axées sur le regroupement en maison médicale. Même si la Manche apparaît mieux pourvue, les effectifs d'infirmiers libéraux, très en dessous de la moyenne nationale dans l'Orne et dans le Calvados, peuvent amener des difficultés pour le développement des SSIAD. Le corps médical se réduisant également, **les infirmières auront du mal à assurer, le temps de l'arrivée de médecins nouvellement formés, une partie des activités jusque là réalisées par le médecin**. On peut ainsi y craindre des problèmes d'accès aux soins.

La Haute-Normandie :

La région est à la fois industrielle et agricole. L'Eure est plutôt rural et la Seine-Maritime caractérisée par sa forte concentration urbaine autour de Rouen et du Havre. La région présente une surmortalité de 6 % par rapport à la France métropolitaine. Les décès par affections cardio-vasculaires, maladies respiratoires, cancers du poumon et suicides (chez les jeunes) sont particulièrement élevés. La conférence régionale de santé a défini les cancers, les cardiopathies ischémiques, le tabac et l'alcool parmi les priorités régionales de santé publique.

Pour les généralistes, la région se caractérise par une densité moyenne à faible avec des déséquilibres Eure/Seine-Maritime et cantons urbains/ruraux au détriment de l'Eure et des cantons ruraux. Le niveau d'activité des professionnels est globalement élevé. La consommation d'actes de médecine générale est assez élevée, pour des raisons sans doute culturelles mais tenant aussi à la faible représentation des médecins spécialistes.

Pour les infirmières libérales, la Haute-Normandie présente un déficit de 32 % par rapport au pays. L'Eure connaît une situation particulièrement fragile, avec un écart de 41 %.

La Picardie :

La Picardie se caractérise par une population jeune. Les taux de mortalité générale et de mortalité prématurée sont chacun les deuxièmes taux les plus élevés des régions. La surmortalité est supérieure de 10 % par rapport à la moyenne nationale. Les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs, les traumatismes et empoisonnements sont les trois causes de décès les plus fréquentes. La morbidité due à l'association du tabac et de l'alcool est également supérieure à la moyenne nationale. Huit pôles de prévention des maladies cardio-vasculaires sont rattachés à chaque secteur sanitaire. La démographie des professions de santé est insuffisante et inquiétante. Les indicateurs socio-économiques sont parmi les plus mauvais de France. Les augmentations du numerus clausus des étudiants en médecine ne résoudront qu'en partie le problème car l'une des difficultés majeures de la région est celle de l'installation et de la fidélisation des professionnels de santé.

Comme nous venons de le voir, les trois régions souffrent globalement d'un déficit en personnel infirmier libéral. Leur activité moyenne n'est cependant pas parmi les plus fortes de France. **Il existe et existera néanmoins certains cantons où les infirmières auront beaucoup de difficultés à assumer des activités supplémentaires.**

7.1.3 Les maîtres de stage et/ou chargés d'enseignement :

Il a été demandé aux médecins s'ils étaient maîtres de stage et/ou chargés d'enseignement. La délégation d'activités à un interne s'accompagne d'une supervision. Les maîtres de stage sont déjà formés et accoutumés à cette fonction lors des stages de premier niveau et surtout de SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée).

Ces médecins semblent en effet plus disposés à déléguer certaines activités aux infirmières. Il s'agit de l'évaluation du risque cardio-vasculaire, le suivi de pathologies chroniques, la prise en charge d'appels téléphoniques et de pathologies simples et à priori bénignes ainsi que d'autoriser la prescription infirmière.

7.1.4 Les médecins effectuant des consultations hospitalières

L'hôpital est un lieu où la délégation d'activités des médecins vers des paramédicaux est assez fréquente et peut faire partie de façon officieuse du fonctionnement interne d'un service. **Les généralistes effectuant des consultations hospitalières semblent aussi disposés à déléguer les mêmes activités que les médecins maîtres de stages.**

7.2 Le questionnaire

Le questionnaire (*annexe n°3*) a offert quatre possibilités de réponses pour chaque item. **Nous avons préféré regrouper celles-ci et les interpréter de façon binaire (d'accord ou pas d'accord pour déléguer).** En effet, le mode de réponse initial nous paraissait le plus adapté pour les répondants mais n'a pas montré d'intérêt pour l'analyse des résultats.

Le choix des items s'est fait à partir des exemples étrangers. Leur formulation a été volontairement concise afin de faciliter les réponses. Nous obtenons ainsi un résultat général. Celui-ci peut pour chaque activité porter à discussion quant à l'étendue de la délégation et à la définition précise des rôles de chacun.

7.3 Evocation de la délégation par les médecins et pourcentage de leurs consultations déléguables

Nous abordons là un point essentiel de notre travail.

A la question « **avez-vous déjà évoqué la possibilité d'un transfert de tâches dans votre pratique quotidienne ?** », 52% des médecins ont répondu l'avoir évoqué parfois et 16% souvent. Ainsi, plus des deux-tiers l'ont déjà évoqué.

Parallèlement, à la question « **Si vous reprenez vos consultations de la demi-journée précédente, quel est le pourcentage de vos consultations qui vous paraissent être partiellement ou totalement déléguables à une infirmière à compétence élargie ?** », 89% des médecins ont répondu moins de 20% parmi lesquels 59% moins de 10%. Le croisement des réponses de chacun confirme que les médecins qui spontanément évoquent peu une éventuelle délégation ne pensent pas pouvoir déléguer beaucoup de consultations. A contrario, les médecins qui spontanément évoquent une éventuelle délégation pensent pouvoir déléguer un nombre de consultations plus élevé.

Ces résultats sont à comparer à deux études anglaises récentes^{20,21} rapportant des proportions supérieures se situant **entre 20 et 50% de consultations pouvant être déléguées en totalité ou partiellement par les médecins**. Ces pourcentages variaient entre les rendez-vous programmés et ceux pris le jour même. Néanmoins, ils sont supérieurs à ceux de notre enquête.

A la vue de ces résultats, on évoque que **le suivi partagé et le recours au moment utile aux compétences des autres professionnels de santé ne sont pas spontanés chez les médecins français**. Pour expliquer un tel écart, on peut s'interroger de ce qui tient de la différence culturelle ou de la différence d'organisation du système de soins, et du lien entre les deux.

Nous avons vu les particularités du système de soins anglais et de ses structures d'exercice en commun. La collaboration entre les médecins et les infirmières n'y date que, ou date déjà d'une vingtaine d'années. **En France, la définition même de nos métiers ne nous autorise pas encore une telle collaboration.**

Du point de vue professionnel et culturel, deux notions interviennent dans la discussion. Ce sont **l'idée que se fait le professionnel, médecin ou infirmière, de la prise en charge globale du patient** et **l'idée de l'intérêt et de la valorisation de son métier**. Le système de délégation peut partir d'un bon sentiment en recentrant le généraliste au cœur de son métier et en offrant une alternative de carrière supplémentaire à l'infirmière.

Sans dire que la délégation apporterait une valorisation de leur métier, les généralistes semblent d'accord (77%) pour répondre qu'elle n'en entraînerait pas une dépréciation. Néanmoins, les médecins peuvent être attachés à la prise en charge globale du patient. C'est le cas pour la moitié des médecins de l'échantillon (50%).

Pour les infirmières, la perspective d'une nouvelle filière professionnelle semble bénéfique à condition qu'elle s'accompagne d'une valorisation de cet investissement. Cependant, les infirmières sont, elles aussi, attachées à la notion de prise en charge globale du patient.

La question essentielle est de savoir si la délégation peut s'inscrire de façon pérenne en médecine générale en respectant les principes ci-dessus et en gardant toujours à l'esprit l'intérêt du patient. La valorisation des métiers, leur gain d'intérêt ou leur non-dépréciation nous paraît évidente. Elle ne se fera pas à n'importe quelle condition ; nous en discuterons plus tard. Quant à la prise en charge globale du patient, plusieurs arguments ou conditions nous font penser qu'elle sera préservée.

- **La réunion des deux professionnels en un même lieu géographique** sera initialement nécessaire aux échanges entre les médecins et les infirmières.
- **Le médecin reste inducteur des consultations infirmières** ; il doit les avoir proposées et mises en valeur. Le patient n'acceptera un suivi partagé que si celui-ci lui a été expliqué auparavant ; il en appréciera les avantages.
- **La fonction de supervision du médecin sera tout aussi importante** que le diagnostic initial.
- **La nature même des pathologies chroniques** font que le suivi nécessite une approche globale du patient par l'infirmière.

Pour discuter de chaque item, nous avons décidé de les reprendre dans l'ordre du questionnaire au sein de chaque groupe d'activités. Nous aborderons ainsi la promotion de la santé, le suivi des pathologies chroniques puis les interventions de première ligne. Pour la promotion de la santé, les conseils de puériculture et les conseils diététiques ont été regroupés dans un chapitre d'éducation à la santé ; le dépistage de l'HTA, la prescription de bilans biologiques et l'évaluation du risque cardio-vasculaire dans un chapitre sur le risque cardio-vasculaire. Nous avons rappelé en début de chaque chapitre la réponse des médecins quant à leur accord ou désaccord à déléguer cet acte.

Les études présentées tout au long de cette discussion sont des études étrangères, essentiellement anglo-saxonnes. Leur intérêt est d'illustrer la faisabilité de la délégation de certaines activités à des infirmières. Leur analyse peuvent se heurter aux différences d'organisation de soins, à un nombre insuffisant de cas ou à une durée insuffisante pour analyser les effets au long cours.

7.4 La promotion de la santé

Les questions posées aux médecins ont concerné des activités concernant la prévention primaire. Dans l'ordre, nous aborderons l'éducation à la santé, les vaccinations, l'évaluation du risque cardio-vasculaire et le dépistage des cancers.

Ces activités font naturellement partie de l'activité quotidienne des médecins généralistes. Lors d'une enquête réalisée par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) à la fin de 1998, ²² plus de 90% des médecins généralistes interrogés ont déclaré avoir donné à leurs patients, dans les sept derniers jours, des conseils dans le domaine de l'alimentation, de l'exercice physique ou du bon usage des médicaments. Pendant leur dernière journée, près d'un tiers ont remis une brochure de prévention à un patient venu les consulter.

7.4.1 L'éducation à la santé

➤ Les conseils de puériculture : **(D'ACCORD à 96%)**

Ils regroupent les conseils liés à l'allaitement, la prise des mensurations du nourrisson, les conseils vis à vis de la fièvre, des écoulements de nez, de l'hygiène, des vaccins ou encore du sommeil. Cette éducation s'apparente aux soins prodigués dans les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Elle a pour but de rendre les parents plus autonomes vis à vis de la santé de leur(s) enfant(s).

La réponse des médecins est tout à fait favorable. On peut penser qu'une délégation de ces actes à une infirmière a pour eux un caractère d'**innocuité**, d'autant plus que ces conseils étaient auparavant prodigués par les référents médicaux naturels présents dans la famille ou le sont déjà par la PMI (sage-femme ou infirmière puéricultrice).

➤ Les conseils diététiques : **(D'ACCORD à 94,5%)**

Ils concernent l'alimentation, l'exercice physique, les consommations de tabac ou d'alcool. Ils s'inscrivent dans la prise en charge globale du risque cardiovasculaire. L'explication d'un tel accord est plus à trouver dans le sentiment d'**inefficacité ressentie par les médecins** dans ce cadre. Dans l'enquête réalisée pour le CFES ²², ils sont moins de 10 % à se percevoir « très efficaces » dans le domaine de l'alimentation, de l'exercice physique, du tabagisme ou de l'alcoolisme. La proportion de ceux qui se sentent « assez efficaces » varie de 58% pour les habitudes alimentaires à seulement 26% pour la consommation d'alcool.

➤ La démarche éducative et la relation professionnel/patient

Les infirmières françaises, lors de leur formation initiale, ont une approche de la démarche éducative. Elles bénéficient de trois modules obligatoires de démarche relationnelle, de démarche éducative et de santé publique.²³ Mais l'éducation du patient exige, tout comme pour les médecins, des **compétences psycho-pédagogiques difficiles à acquérir lors de la formation médicale initiale.**²⁴ Son efficacité tient au fait qu'elle est centrée sur le patient afin d'accompagner celui-ci tout au long de ses soins. Son but n'est pas de le rendre plus observant mais plus autonome.

Des infirmières à compétences élargies tout autant que les professionnels actuels auraient besoin d'avoir une formation sur l'éducation du patient et d'être sensibilisés au diagnostic éducatif.

Dans leurs travaux d'Ivernois et Gagnayre²⁵ donnent une définition du **diagnostic éducatif** :

« Le diagnostic éducatif est la première étape de la démarche d'éducation qui permet d'appréhender différents aspects de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes dans le but de proposer un programme d'éducation personnalisé. » .

En pratique le professionnel doit interroger le patient sur :

-ce qu'il a...ce qu'il fait...ce qu'il sait...ce qu'il croit...ce qu'il ressent...ce dont il a envie...

L'éducation ne repose pas uniquement sur le discours des différents professionnels. Elle dépend aussi de l'**environnement qu'ils créent et de l'attitude qu'ils adoptent au quotidien** (cf encadré ci dessous). Il faut veiller à ce que le lieu et l'ambiance de la consultation ne viennent pas contredire les intentions éducatives affichées.²⁶

<p>Comment les patients sont-ils accueillis au cabinet médical ? Quel est le climat de la salle d'attente ? Quelles y sont les informations disponibles ? Le praticien donne-t-il toujours l'image d'être pressé ou en retard ? En consultation, donne-t-il des explications au patient quand il s'habille ou attend-il qu'il soit à nouveau disponible et assis ? Prend-il le temps de justifier les actes qu'il effectue et les examens qu'il prescrit ? Ses ordonnances sont-elles lisibles ? Donne-t-il des explications sans utiliser le jargon médical ?</p>
--

Dans ce cadre, la délégation d'activités intervient comme un partenariat pluri-professionnel. L'efficacité de la démarche repose sur un **partage des mêmes référentiels**.

Deux études anglaises de Wood ²⁷ et OXCHEK ²⁸ démontrent la faisabilité de confier des « bilans de santé » aux infirmières. Néanmoins elles ne démontrent pas l'efficacité d'une telle démarche.

La délégation de tâches va induire **un changement dans la relation médecin/patient**. Traditionnellement celle-ci est du type « direction-coopération ». Le médecin est dans une situation d'autorité et le patient l'admet volontiers, les deux pouvant revendiquer leur position. La démarche éducative proposée ici va tendre à ce que cette relation soit basée sur la « participation mutuelle », ²⁹ mais celle-ci n'est pas facile à établir car chacun est prisonnier de son rôle social .

L'intervention d'une infirmière à la place du médecin va agir sur la relation, de par son propre statut. Elle peut faciliter cette relation pour certains patients quand d'autres plus réticents préféreront la position d'autorité du médecin. Elle va aussi de par son organisation modifier l'environnement des consultations. Les différentes études présentées par F. Midy dans une revue de la littérature de 1970 à 2002 ³⁰ rapportent des temps de consultations plus importants pour les infirmières. Ce temps passé par celles-ci est nécessaire à l'éducation et doit être complémentaire de celui des consultations médicales. Les infirmières peuvent assurer des consultations individuelles, mais pourraient également organiser des séances de groupe.

Ce temps d'éducation n'est actuellement pas rémunéré en ville. Seul le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) commence à financer quelques expérimentations. Nous évoquerons le problème financier ultérieurement.

7.4.2 *Les vaccinations :*

(D'ACCORD à 87%)

Les vaccinations tiennent une place à part dans notre discussion. Actuellement, les infirmières ont le droit de pratiquer des vaccins sur prescription médicale. L'élargissement au droit de prescription impliquerait l'**enjeu médico-légal alloué à la prescription de toute substance médicale**. Rappelons qu'en Suède, les règles liées à la prescription infirmière sont les mêmes que celles des médecins.

Cependant, devant un tel accord, on peut imaginer que la prescription et la réalisation des vaccins fassent partie des compétences des infirmières françaises. Le but serait toujours d'améliorer la couverture vaccinale, non optimale pour certains en France, afin d'atteindre les objectifs fixés par l'OMS.

Au Canada les infirmières prennent déjà en charge la prescription des vaccins en application de la loi sur la santé publique ; en Grande-Bretagne elles le font dans le cadre d'accords locaux.

Cela nécessiterait pour les infirmières françaises une formation sur les bases immunologiques et microbiologiques, la connaissance des indications regroupées dans le calendrier vaccinal, des actualisations annuelles, de l'efficacité, des contre-indications et des effets indésirables des différents vaccins.

On peut rapprocher des vaccins la pratique des injections de désensibilisation par les infirmières. Celle-ci a été proposée par les médecins de l'enquête. Les infirmières pourraient tout à fait réaliser celles-ci à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment. Cela est possible au sein de cabinets de groupe.

7.4.3 *Le risque cardio-vasculaire (RCV)*

(D'ACCORD à 94,5% pour les conseils diététiques)

(D'ACCORD à 88% pour le dépistage de l'HTA)

(D'ACCORD à 57,5% pour l'évaluation du risque cardio-vasculaire)

(PAS D'ACCORD à 82% pour la prescription de bilans biologiques)

Les maladies cardio-vasculaires ont un impact important en terme de santé publique. Les dépenses liées à ces maladies étaient estimées en 1998 à 11% du montant total de la consommation de soins.³¹ La prescription médicamenteuse consacrée à ces maladies était égale à 18% du total des dépenses médicamenteuses et 12% du total des dépenses de soins hospitaliers. Malgré une diminution régulière depuis 30 ans, 32% des décès enregistrés en France en 2003 étaient liés à une pathologie cardio-vasculaire³² : 27% par cardiopathie ischémique, 25% par accident vasculaire cérébral, 23% par insuffisance cardiaque et 25% par les autres pathologies vasculaires.

La **prédiction du RCV global** concerne les patients qui n'ont aucune pathologie cliniquement exprimée et pour lesquels le dépistage et la prise en charge de facteurs de risque permettraient d'éviter, limiter ou retarder le développement d'une pathologie cardio-vasculaire (prévention primaire). Le tabagisme, l'hypertension artérielle (HTA), les dyslipidémies et le diabète ont été identifiés comme les principaux facteurs de risque. L'obésité et la sédentarité sont considérés comme des facteurs prédisposants.

Il n'y a pas, en 2005, de consensus concernant le choix de la méthode d'estimation du RCV (sommation binaire ou modélisation statistique).³³

L'étude britannique de Mc Manus³⁴ a comparé la capacité de l'infirmière et du médecin à estimer un risque coronarien. Elle a montré que les deux peuvent calculer ce risque, quel que soit l'outil choisi et qu'ils sont égaux face aux erreurs de calcul, à la difficulté d'extraire les données utiles ou à la façon correcte d'appliquer l'outil face au patient.

Dans notre enquête, les médecins sont tout à fait d'accord pour qu'une infirmière prenne en charge des conseils diététiques et le dépistage de l'HTA. Ce dépistage fait déjà partie de ses compétences. Ils sont plus réticents à déléguer l'évaluation du risque cardio-vasculaire global. Cette réticence semble plus marquée chez les médecins plus âgés mais moins chez les médecins maîtres de stage ou effectuant des consultations hospitalières (de façon non significative). Cette délégation peut ne pas être spontanée et les médecins peuvent craindre d'abandonner la prise en charge globale du patient. La moitié des médecins de l'enquête ont cette crainte.

Concernant la prescription de bilans biologiques, les médecins ne sont pas d'accord. La formulation de l'item proposait d'autres exemples que le bilan métabolique, à savoir des sérologies et le dosage des PSA. On peut penser que plus de médecins ne seraient pas opposés à ce qu'une infirmière puisse prescrire un bilan métabolique bien défini dans une évaluation générale du RCV. Ce bilan de dépistage ou de contrôle, en accord avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS),³⁵ pourrait comporter une glycémie et une exploration d'une anomalie lipidique (par exemple en cas d'Indice de Masse Corporelle élevé).

La prescription d'autres marqueurs biologiques peut-être discutée dans chaque contexte et spécialité. Elle doit être limitée à un certain nombre de situations précises, où les deux professionnels assureront un suivi conjoint protocolisé.

Concernant le risque cardio-vasculaire, on peut s'intéresser à un exemple d'organisation de sa prévention. En Picardie, il existe depuis 1998 **huit centres de prévention cardio-vasculaire**, dépendants des services hospitaliers mais le plus souvent installés en dehors de l'hôpital. Ces centres regroupent médecins, infirmières mais aussi psychologues, diététiciennes ou assistantes sociales. La prévention y est primaire ou secondaire. Les patients y sont adressés de façon volontaire, de la part de leur médecin généraliste ou d'un service hospitalier. Ils y sont reçus sous forme d'entretiens allant de 30 à 45 min où ils rencontrent les différents professionnels, seuls ou en binôme. Hormis ces consultations, les patients peuvent bénéficier de façon originale de travaux pratiques (en cuisine par exemple) et de réapprentissage de la marche (sorties avec les professionnels).

Les infirmières y travaillant ont reçu une formation approfondie en terme d'éducation à la santé et de dépistage. Ces centres installés en dehors des locaux classiques hospitaliers, dépendent tout de même de ceux-ci financièrement (enveloppe hors-champ de l' Agence Régionale de l'Hospitalisation). La responsabilité de chaque professionnel relève de la responsabilité administrative.

Cet exemple d'organisation nous montre sa faisabilité. Ces centres n'ont pas fait l'objet de publication et l'on ne peut évaluer leur efficacité. Démontrer celle-ci fait appel à beaucoup d'intervenants ; l'Institut National Pour l'Education à la Santé (INPES) s'y emploie quotidiennement.³⁶ **Vis à vis de cette organisation de la promotion de la santé, les questions sont de savoir si celle-ci doit être institutionnalisée ou non, si elle doit dépendre de l'hôpital ou peut-être organisée par les médecins généralistes, plus proches des patients.**

7.4.4 *Le dépistage des cancers*

(D'ACCORD à 76,5% pour le cancer du sein)

(D'ACCORD à 86% pour le cancer du côlon)

(D'ACCORD à 55% pour la réalisation des FCV)

Les questions ont concerné trois des quatre cancers dont l'utilité d'un dépistage systématique est démontré (critères de l'OMS). Il s'agit des cancers du col de l'utérus, du sein et du côlon.

Les médecins ont répondu favorablement à ce qu'une infirmière s'implique dans le dépistage des cancers du sein et du côlon. Ils sont par contre plus réticents pour le rappel et la réalisation des Frottis Cercico-Vaginaux (FCV). A noter qu'il ne semble pas y avoir de différence entre les résultats des médecins hommes et des médecins femmes pour le dépistage du cancer du sein et la réalisation des FCV.

L'épidémiologie des cancers est maintenant mieux connue en France, grâce aux registres des cancers.³⁷ En 2000, les cancers du sein (41 845 nouveaux cas/an) et les cancers côlo-rectaux (36 257 nouveaux cas/an) sont parmi les plus fréquents en France avec les cancers de la prostate. Ils représentent pour chacun d'eux près de 15% de tous les cancers. L'épidémiologie des cancers du col de l'utérus est plus imprécise du fait du petit nombre de registres et de la difficulté à dissocier les cancers du col de ceux du corps de l'utérus. L'incidence du cancer du col a néanmoins régressé régulièrement en France.³⁸ Il semble qu'il y ait actuellement 3 300 nouveaux cas par an et près de 1 600 décès.

Aujourd'hui, le dépistage de masse remplace progressivement le dépistage individuel, ce qui permet d'améliorer la qualité des examens ainsi que la prise en charge. Comme pour les médecins, les infirmières peuvent intervenir à plusieurs niveaux :

- Repérer les patientes qui ne sont pas dépistées, de façon directe au cabinet ou pourquoi pas de façon proactive par courrier ou contact téléphonique.
- Apporter une information valide et honnête sur les bénéfices et les effets délétères éventuels du dépistage afin de favoriser une adhésion éclairée des patients.
- Savoir expliquer des résultats.
- Savoir pour les infirmières orienter les patients en cas d'anomalies vers les médecins généralistes et spécialistes.
- Assurer le suivi et l'accompagnement.

Le dépistage du cancer du sein est désormais généralisé sur tout le territoire français depuis le 1^{er} trimestre 2004.³⁹ Le dépistage concerne les femmes de 50 à 74 ans. Il comprend :

- un examen clinique fait par le médecin radiologue.
- 2 clichés par sein (+ 1 supplémentaire si besoin).
- une 2nde lecture systématique et centralisée par un radiologue formé et lisant au moins 2 000 mammographies par an.

Le dépistage du cancer côlo-rectal a été relancé en 2003 par J-F Mattei, alors ministre de la santé. Vingt-deux départements ont été initialement retenus pour réaliser ce dépistage, premier temps d'une politique nationale. Il consiste en la recherche tous les 2 ans d'un saignement occulte dans les selles (test Hémocult II pour le moment) pour l'ensemble des personnes âgées de 50 à 74 ans. Le dépistage laisse espérer une diminution de 15 à 20% de la mortalité dans l'ensemble de la population, à condition que le taux de participation soit d'au moins 50% et qu'une coloscopie soit faite en cas de résultats positifs.⁴⁰

Pour ces deux cancers, l'infirmière pourrait tout à fait prescrire les mammographies ou les hémocult. Lors de l'inscription d'une femme dans le registre départemental pour le cancer du sein, la prescription de la mammographie par le généraliste est informelle car le radiologue peut-être auto-prescripteur de l'examen. Cela ne devrait pas poser de problème que ce soit une infirmière formée qui soit l'initiatrice de la démarche.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose en 2004 sur le FCV. Le dépistage de masse n'est organisé que dans cinq départements. Dans les autres, il n'est donc que spontané. En 2002, 34% des femmes restaient non ou mal dépistées.⁴¹ Ce sont souvent des patientes qui n'ont pas accès facilement aux soins. Le dépistage consiste en deux premiers frottis réalisés à un an d'intervalle puis tous les trois ans chez les femmes âgées de 20 à 65 ans et ayant déjà eu des relations sexuelles.⁴² La lecture des résultats se fait avec le système Bethesda 2001 (repris par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)⁴³).

Pour la réalisation des frottis, les médecins sont plus réticents même si plus de la moitié sont d'accord avec une délégation de cet acte. En effet ce geste est simple à acquérir et la discussion ne porte pas sur la qualité des frottis. Une étude canadienne montre d'ailleurs la qualité de ceux réalisés par des infirmières⁴⁴. De plus, certaines femmes réalisent actuellement leurs frottis dans des laboratoires d'analyse. Mais les médecins peuvent souligner que les femmes viennent souvent consulter pour une autre raison (contraception, infection,...), que l'examen gynécologique ne se résume pas au frottis, qu'il peut-être l'occasion de découvrir d'autres problèmes ou de parler d'autres actions de dépistage.

L'ensemble des femmes ne sait pas toujours que leur médecin généraliste peut réaliser des frottis (et que ceux-ci sont de bonne qualité⁴⁵). Il est certainement besoin avant tout de réaliser un effort d'information à ce sujet.⁴⁶

Ainsi nous pensons que la réalisation de frottis par une infirmière ne devrait pas être proposée en première intention. Par contre, on peut le proposer aux femmes qui seraient réticentes à ce que leur médecin le fasse. Certaines peuvent en effet être gênées, de principe ou de par le sexe du médecin ou encore ne pas vouloir mélanger cet élément de leur santé au reste.

Pour le moment, **aucun financement des généralistes n'est mis en place pour leur action de dépistage du cancer du sein**. Il n'y a aucun forfait de prévu ni financement FAQSV. Le dépistage du cancer du côlon, mis en place et évalué dans quelques départements s'est accompagné d'un financement des professionnels. La généralisation de ce dépistage à la France entière verra peut-être se développer ce financement, associé ou non au cancer du sein. La nouvelle nomenclature des actes, active au 1^{er} janvier 2006, ne fait pas apparaître d'actes de prévention mais Mr le Ministre Xavier Bertrand a parlé d'un forfait payé contre engagement du médecin. Au Royaume-Uni, nous avons vu que les cabinets s'engageant et respectant des objectifs, en matière de dépistage par exemple, recevaient une rémunération spécifique. Les médecins anglais ont d'ailleurs confié pour une partie d'entre eux ces activités à des infirmières. On peut peut-être trouver là une piste de financement à ces nouveaux rôles infirmiers.

7.5 Le suivi de patients atteints de pathologies chroniques stabilisées

7.5.1 Le suivi des asthmatiques

(D'ACCORD à 52%)

Environ 3,5 millions de français sont atteints d'asthme en 2005.⁴⁷ C'est une maladie chronique fréquente qui touche 6 à 7% des français et 12 à 13% des adolescents. Sa prévalence a doublé ces dix dernières années, progression probablement d'origine multifactorielle. L'asthme représente un poids lourd en terme de santé publique avec annuellement 2500 décès, 63 000 admissions en urgence, 600 000 journées d'hospitalisations et 7 millions d'arrêts de travail par an. L'amélioration de la qualité des soins et la réduction des asthmes mal contrôlés ont été inscrites dans la loi de santé publique de 2004 avec pour objectif de diminuer de 20% les hospitalisations en urgence d'ici 5ans. Les recommandations récentes de l'ANAES 2004⁴⁸ insistent sur le contrôle de l'asthme et définissent les critères d'acceptabilité de ce contrôle. Pour la première fois des propositions y sont faites sur les modalités de suivi des asthmatiques. Cependant, **le problème majeur reste l'adhésion des patients au traitement.**

Plusieurs études anglaises⁴⁹⁻⁵¹ ont décrit l'impact de la mise en place d'une consultation dédiée à l'asthme par une infirmière dans un cabinet généraliste de façon proactive. Un exemple d'actes réalisés par une infirmière lors d'une consultation de bilan puis de suivi est présenté dans l'encadré ci-dessous. L'évaluation des résultats s'est fait sur les pourcentages de patients prenant des corticoïdes inhalés, oraux, sur le pourcentage de ceux ayant eu besoin de consulter en urgence et le nombre moyen de consultations auprès d'un médecin. Ces études aboutissent à la même conclusion : **la mise en place d'une prise en charge proactive par une infirmière, où le patient est sollicité pour se rendre à des bilans et à des consultations de suivi régulières, se traduit par une amélioration de l'état du patient.** Ces études n'ont pas permis de savoir si les infirmières font mieux ou moins bien que des généralistes placés dans la même démarche. Par contre, elles peuvent conclure que des infirmières à compétences élargies dans le domaine de l'asthme peuvent offrir des soins de qualité dans le cadre d'une prise en charge protocolisée. Néanmoins elles interrogent sur l'organisation au sein du cabinet de ces consultations.

**Exemples d'actes réalisés par une infirmière
lors d'une consultation de bilan puis de suivi
de l'asthme (Charlton et al. ⁴⁹)**

Consultation bilan (45 min)

- . bilan protocolisé
- . examen spirométrique
- . test d'utilisation de l'inhalateur
- . explications sur l'asthme et le traitement
- . documents sur l'asthme et le tabac
- . élaboration d'un plan de soin (*self management plan*)

Consultation de suivi (15 min)

- . examen spirométrique
- . test d'utilisation de l'inhalateur
- . évaluation de l'autonomie du patient
- . proposition éventuelle au médecin d'une modification du traitement

L'éducation des patients asthmatiques a évolué depuis 30 ans. ⁵² Initialement, elle était basée sur la distribution de documents aux patients. Puis, ceux-ci ont été invités à se rendre à des réunions d'information abordant des notions d'anatomie, de physiologie, de thérapeutique. Ces méthodes se heurtent à des difficultés de communication tant chez le médecin que chez le patient. Les méta-analyses ^{53, 54} des travaux publiés sur la mise en place de tels programmes montrent qu'ils réduisent le nombre des hospitalisations, des consultations d'urgence et de l'absentéisme scolaire ou professionnel, mais que l'observance est rarement améliorée.

En France, la mobilisation des asthmatiques dans les écoles de l'asthme est aussi difficile que dans ces études. Aujourd'hui, **le problème reste liée à une faible observance, certainement liée à l'inadéquation entre les aspirations des médecins et les attentes des patients.** Les médecins souhaitent diminuer les symptômes de leurs patients, obtenir une meilleure fonction respiratoire, éviter la survenue d'exacerbations et limiter les effets secondaires des traitements. Les attentes des patients sont plus simples : ils souhaitent avoir une vie normale.

Aujourd'hui, la grande majorité des prescriptions dans le cadre de l'asthme est le fait des médecins généralistes. **Ces derniers sont donc les interlocuteurs privilégiés des asthmatiques.**

Dans notre enquête, 52% des médecins se sont dits être d'accord avec la délégation du suivi des asthmatiques. C'est moins que pour le suivi de diabétiques ou d'hypertendus, où ils sont 64% à être d'accord avec la délégation. Nous n'avons pas cherché d'explication à cette différence. Néanmoins, l'éducation de l'asthmatique pourrait paraître aux médecins plus standardisée et plus facile que des conseils diététiques adaptés aux diabétiques ou aux hypertendus. Les médecins peuvent se sentir plus aptes à prendre en charge cette éducation, nonobstant la faible observance générale.

La délégation du suivi des asthmatiques à des infirmières paraît tout à fait possible. Elle nécessiterait, comme nous venons de le voir, une formation à l'éducation de l'asthmatique ainsi que des connaissances sur les aspects anatomiques, physio-pathologiques et thérapeutiques de l'asthme.

7.5.2 Le suivi des diabétiques

(D'ACCORD à 64,5%)

En France, le nombre de diabétiques devrait passer de 2 à 3 millions dans les 20 ans à venir. Le diabète est actuellement responsable de 15% des infarctus du myocarde, des angioplasties et des pontages, de 20% des dialyses rénales, de 500 à 1000 cécités par an et d'environ 8500 amputations par an. Le coût de sa prise en charge est estimé à environ 5 milliards d'€ par an.⁵⁵

De nombreuses études ont ces dernières années décrit la prise en charge et le suivi des patients diabétiques de type 2 par les médecins généralistes (Etude ECODIA⁵⁶ en 1999, Programme de santé publique CNAMTS, MSA, AMPI⁵⁷ de 1998 à 2000, Etude ENTRED⁵⁸ en 2001, Observatoire MEDIAB en 2001⁵⁹). Elles ont globalement souligné que même si la prise en charge s'améliorait et que les recommandations étaient connues des médecins, **un grand nombre de diabétiques gardaient une prise en charge inadaptée et un diabète mal équilibré.**

A l'issue de ces études, de nombreuses propositions ont été faites aux médecins (échanges entre médecins, amélioration de leur formation continue, évaluation des pratiques, réalisation d'audit, pratique de « groupes de pairs »). A côté de cela, a pu être évoqué le suivi partagé dans de nouvelles organisations de travail.

Les réseaux ont, en parallèle, un rôle important dans l'accompagnement du patient. Ils servent souvent à populariser les recommandations de pratiques cliniques de l'ANAES et permettre un accès à l'éducation thérapeutique en médecine de ville. Ils adoptent souvent un mode de fonctionnement classique autour d'un service hospitalier.

De façon balbutiante la délégation de tâches est introduite dans les cabinets de médecine générale. Un des exemples est le réseau REDIAB 62⁶⁰ dans le département du Pas-de-Calais où des binômes généralistes-infirmières libérales ont été mis en place. Ils y ont un rôle d'éducation et de soutien des patients diabétiques. Mais l'expérimentation la plus innovante est celle menée par l'URML Poitou-Charentes. Nous allons la détailler ci-dessous.

Abordons auparavant deux études décrivant le suivi des diabétiques par des infirmières au Royaume-Uni et en Amérique du Nord.

En 2000, une enquête prospective⁶¹, réalisée en Angleterre et au Pays de Galles, a fait le point sur les caractéristiques principales de la prise en charge des diabétiques en médecine générale. Nous avons vu que l'organisation des soins y était différente. En ce qui concerne les acteurs de cette prise en charge, l'étude révèle que dans 34% des cas, la consultation est réalisée par une infirmière seule, dans 64% des cas par l'infirmière et le médecin de façon conjointe et seulement 2% des cas par le médecin seul.

L'étude américaine de Nagykaladi⁶² a montré qu'une assistante formée de manière adéquate et équipée d'un outil informatique adapté, avec un accès possible aux dossiers médicaux, améliorerait de manière significative le suivi des référentiels par une meilleure gestion des dossiers (alarmes informatiques) et de ce fait la prise en charge globale des patients diabétiques. Il n'a pas été précisé si l'assistante était une infirmière ou non. Cette étude n'est toutefois pas assez puissante pour évaluer des impacts fins sur la santé des patients.

➤ L'expérimentation « ASALEE » (Action de Santé Libérale En Equipe)

C'est la seule expérimentation actuelle de délégation de tâches en médecine générale. Elle est menée par l'URML Poitou-Charentes depuis 2004 et fait partie des expérimentations citées par le rapport Berland d'Octobre 2003. Nous la présentons ici car elle a fait l'objet **d'une évaluation sur le dépistage et la prise en charge des diabétiques de type 2.** ⁶³

Trois infirmières ont été embauchées au sein de 3 cabinets de médecine générale d'exercice urbain ou semi-urbain. Les cabinets sont tous informatisés mais de logiciels différents. Les trois infirmières travaillent dans un cadre contractuel d'employeur à employé, en dehors du cadre de leur décret de compétence (de façon dérogatoire suite au rapport de Mr Berland).

Le premier objectif a été de **développer l'éducation thérapeutique envers les malades atteints de pathologies chroniques et de montrer que l'on peut en médecine générale améliorer le service au patient par l'introduction au sein du cabinet d'un professionnel formé.**

Le deuxième a été de **développer le dépistage individualisé** non seulement des cancers du sein et/ou du côlon, des démences séniles mais aussi des facteurs de risque cardio-vasculaires et de l'apparition du diabète. Les prises en charge ont suivi des protocoles communs adaptés aux recommandations de l'ANAES pour le diabète ^{64, 65}. Préalablement, les infirmières ont reçu une formation spécifique sur le diabète et l'éducation du patient. Lors de l'expérimentation, les séances d'éducation avec les infirmières sont prescrites par les médecins, après en avoir parlé et démontré l'intérêt au patient. Ils peuvent être aussi le résultat de l'initiative même du patient.

Au bout d'un an, il a été réalisé une évaluation du dépistage et des prises en charge du diabète de type 2. Celles-ci n'ont pu être comparées aux prises en charge initiales des médecins avant expérimentation, ces dernières n'ayant pu être réalisées. Le bilan a été fait sur le nombre de dosages d'HbA1c et d'examens complémentaires réalisés pendant l'année.

Les résultats permettent d'affirmer que le suivi des patients diabétiques de type 2 est meilleur dans le cadre de l'expérimentation « ASALEE » que dans les études citées ci-dessus. ⁵⁶⁻⁵⁹

Cependant, il est légitime de penser que les médecins ont été sensibilisés d'une part par ces études précédentes et d'autre part par leur propre expérimentation. Pour confirmer ces résultats, il faudrait prolonger le suivi afin de vérifier qu'il ne s'installe pas de lassitude dans le suivi des recommandations.

Cette expérimentation nous montre sa faisabilité en France. Ses résultats sont encourageants et l'ensemble des professionnels et des patients y semblent satisfaits. Elle pose d'autres problèmes, en particulier de financement, pour sa continuité. Celle-ci est pourtant nécessaire pour la confirmation des résultats. Elle peut être un bon exemple pour nos 64% de médecins qui se disent être d'accord avec la délégation de la prise en charge du diabète de type 2 par une infirmière.

7.5.3 Le suivi des patients hypertendus

(D'ACCORD à 64%)

Nous avons déjà vu que les maladies cardio-vasculaires avaient un poids important en terme de santé publique. Le suivi des hypertendus peut reprendre les idées ayant trait à la prévention du risque cardio-vasculaire, même si nous nous trouvons ici en position de prévention secondaire.

Des études ont montré depuis plus de 20 ans que dans le cas de l'hypertension, un suivi associant un médecin à une infirmière est plus efficace que lorsqu'il est réalisé par un médecin seul.

L'expérience de Silveberg ⁶⁶ a été menée en 1982 en Israël dans 45 cabinets de soins généralistes. Les médecins et les infirmières initialement formés sur l'hypertension, ont assuré un suivi partagé des patients hypertendus. Les items renseignés étaient les mêmes pour les médecins et pour les infirmières. Au bout de 2 ans, l'évaluation a porté sur la comparaison des deux dernières mesures de pression sanguine avant inclusion et les deux dernières. A la fin du programme 82% des patients avaient une pression diastolique inférieure à 95 mm Hg alors qu'ils n'étaient que 42% au début. On observe donc que **l'association d'un médecin et d'une infirmière est bénéfique**, sans que l'on puisse savoir quelle est la part expliquée par l'initiation du programme. L'étude montre que l'infirmière peut se voir confier une part plus active dans le suivi des patients hypertendus. Par ailleurs, les auteurs avancent l'hypothèse qu'elle constitue un plus qualitatif en terme d'éducation diététique et thérapeutique, et qu'elle améliore l'observance.

L'étude britannique de Jewell ⁶⁷ compare sur un an des patients suivis pour hypertension par une infirmière (n=15) ou par leur médecin habituel (n=19). Ces deux professionnels travaillent ensemble depuis plusieurs années dans le cadre d'une consultation dédiée au suivi des patients hypertendus avec un protocole commun. L'échantillon est très faible, mais on observe des résultats similaires quant à la proportion de patients maintenus sous le seuil de 90 mm Hg de diastolique. Il n'y a pas de différence sur le nombre de consultations, sur la satisfaction, sur la fréquence des conseils anti-tabac. La seule différence est que l'infirmière recueille de manière plus systématique des données sur le poids, le pouls et les tests d'urine.

Deux autres études britanniques plus récentes ont analysé les suivis respectifs des médecins et des infirmières de patients atteints de coronaropathie. Elles sortent du cadre de notre question qui portait uniquement sur le suivi des hypertendus mais sont intéressantes par leur comparaison médecin/infirmière.

L'étude de Campbell ⁶⁸ de 1998, suivie par celle de Murchie ⁶⁹ de 2003, expose les résultats d'un essai randomisé réalisé dans 19 cabinets sur 1343 patients ayant une pathologie coronarienne. La moitié des patients sont suivis par une infirmière. Celle-ci réalise un bilan des symptômes et du traitement, mesure la pression artérielle, évalue les facteurs de risque, donne des conseils diététiques ainsi que sur l'arrêt du tabac. Puis elle propose un suivi selon la sévérité du patient, en référant celui-ci au médecin si besoin est d'une modification de traitement. L'autre moitié des patients est suivie de manière traditionnelle par le médecin.

Au bout d'un an ⁶⁸, les résultats sont peu marqués. Il n'y a pas de différence entre les 2 groupes quant aux douleurs, au nombre de décès, d'infarctus, d'admissions à l'hôpital pour ce problème. Cependant, la mesure de l'état de santé général est meilleure dans le groupe intervention. Au bout de quatre ans ⁶⁹, on retrouve dans le groupe intervention une réduction des décès, toute cause confondue, des décès dus à la cardiopathie ainsi que des infarctus du myocarde non fatals.

L'étude de Moher ⁷⁰ a été effectuée en 2001 au sein de 21 cabinets de médecine générale. Elle a concerné le suivi de patients atteints d'insuffisance coronarienne et a comparé un groupe de patients contrôle à deux groupes médecins et infirmières. Chaque groupe était constitué d'environ 600 patients et les professionnels réunis ont suivi une formation et établi des recommandations communes de prévention secondaire. A 18 mois, le suivi (mesure TA, mesure cholestérol, suivi du tabac) était plus respecté dans les trois groupes mais plus dans les groupes interventions sans différence significative entre les médecins et les infirmières. **Les auteurs ont conclu que la sensibilisation à une démarche qualité apportait un bénéfice et augmentait la probabilité d'un bon suivi.** Ils ont également conclu qu'il n'y avait pas de différence entre un suivi confié à un médecin et celui confié à une infirmière.

Les conclusions de ces études sur l'hypertension ne sont pas différentes des celles portées dans les domaines de l'asthme et du diabète. **Une approche plus organisée du traitement et du suivi est bénéfique pour le patient et l'infirmière peut y jouer une part active et efficace. Ils soulèvent par contre le problème de l'organisation générale de ces consultations, dans des pays où le système de soins est différent.**

7.6 Les consultations de première ligne

Elles consistent en ce que des infirmières fournissent des soins de première ligne équivalents à ceux des médecins. Elles reçoivent des patients non diagnostiqués avec des problèmes indifférenciés, font un bilan initial y compris un examen clinique, et prennent en charge le patient soit de manière autonome, y compris avec proposition de traitement, soit en le référant au médecin généraliste ou au secteur secondaire. ⁷¹ Les consultations de première ligne peuvent prendre plusieurs formes. Il peut s'agir de consultations en face à face au sein du cabinet ou de consultations par téléphone.

Ces consultations infirmières sont pour certains l'occasion d'entrevoir une solution à la pénurie médicale dans des secteurs essentiellement ruraux. Elles empruntent le modèle des « *nurse practitioners* » britanniques et peuvent aborder la notion de « télémédecine ». Notre questionnaire était basé sur l'emploi d'une infirmière au sein du cabinet dans un exercice de groupe. Notre discussion sera donc surtout basée sur un tel mode d'exercice infirmier. Même si un travail solitaire en dehors du cabinet et sous la responsabilité du médecin ne peut-être exclu, la délégation d'activités nous paraît encore trop balbutiante pour envisager un tel mode d'exercice.

7.6.1 La réception et l'analyse d'appels téléphoniques

(D'ACCORD à 74,5%)

Aujourd'hui, les médecins reçoivent plusieurs millions d'appels téléphoniques chaque jour, pour des conseils, un diagnostic, des modifications de posologie ou une ordonnance. Or **cette activité médicale téléphonique est théoriquement illégale.**⁷²

Le Code de la Santé Publique, dans son article R 5194, stipule que la délivrance de toute prescription médicale est subordonnée à un examen clinique préalable. Cependant, la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 a apporté une donnée nouvelle en précisant qu'une ordonnance ne pouvait être formulée sans examen clinique, sauf à titre exceptionnel, en cas d'urgence. Cette précision officialise en quelque sorte une prescription par courriel ou par fax dans le cadre de la régulation médicalisée de la permanence de soins.

Les deux cas dans lesquels l'activité médicale téléphonique semble aujourd'hui concevable sont :

- Lorsque le patient est connu du médecin, bien identifié et que la « téléprescription » s'effectue peu après une consultation comportant interrogatoire, examen clinique et prescription classique.
- Dans le cadre de la régulation médicalisée de la permanence des soins lorsqu'il y a urgence, doublée d'une impossibilité de mener un examen physique.

La présentation du problème pour les médecins pose la question de la légalité avec encore plus d'acuité pour les infirmières.

Le questionnaire précisait que l'infirmière serait embauchée au sein du cabinet. La discussion est ainsi plus proche du premier cas, c'est-à-dire répondre à des patients connus du cabinet. Néanmoins on sait que des infirmières se sont investies dans la permanence des soins à l'étranger. C'est le cas au Canada (*Info-Santé*) et au Royaume-Uni (*NHS-direct*). Nous n'aborderons pas ici ces expériences. On peut toutefois s'interroger sur la participation d'infirmières à la permanence téléphonique de soins et à leur chevauchement sur le poste actuel de permanencière.

Ainsi les trois-quarts des médecins de l'échantillon sont d'accord pour qu'une infirmière prenne en charge la réception et l'analyse d'appels téléphoniques au cabinet. Il faut différencier deux sortes d'appels :

- les appels ayant sujet au suivi clinique, biologique, thérapeutique ou administratif d'un patient ayant consulté récemment le médecin.
- les appels de patients connus du cabinet mais se présentant avec un problème indifférencié non diagnostiqué.

Un tel système de conseils téléphoniques par une infirmière interroge sur le contenu et les limites des appels destinés à celle-ci et sur l'organisation de la consultation téléphonique au sein du cabinet. Chaque professionnel doit avoir la connaissance du rôle et des limites de chacun. La délivrance d'ordonnance doit-elle obligatoirement être autorisée par le médecin ? Les critères sur lesquels le contact avec l'infirmière ou le médecin est établi par la secrétaire doivent bien être précisés. Il est également nécessaire d'avoir informé le patient sur ce mode de fonctionnement et que celui-ci ne soit pas un obstacle à sa liberté personnelle d'accéder au médecin. Avec le temps, les patients sauront appeler l'infirmière pour obtenir un conseil ou une information.

En pratique, l'infirmière doit être disponible sous forme d'une permanence horaire. **Celle-ci doit avoir accès aux dossiers informatiques des patients, afin d'une part de les consulter et d'autre part pouvoir y laisser une trace. Cette dernière est importante au niveau médico-légal.**

Outre les problèmes de légalité et d'organisation plusieurs questions restent en suspens.

- ❖ Quelle doit être la formation d'une infirmière qui assure une telle activité téléphonique ?
- ❖ Quelle est la valorisation de cette prise en charge téléphonique ?

Celle-ci, notamment lorsqu'elle se solde par l'envoi d'une ordonnance, doit-elle être considérée comme un acte médical et donc valorisée ? Pour rappel, l'article 53 du Code de déontologie médicale précise que les honoraires « ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. L'avis ou le conseil dispensé à un patient par téléphone ou correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire... ».

En Allemagne ainsi qu'en Suisse, la prise en charge médicale par téléphone est rémunérée dans certaines conditions. En Allemagne, il n'est pas considéré comme un acte de soins mais peut faire l'objet d'un paiement que la caisse de Sécurité Sociale accepte de rembourser.

La valorisation du travail de l'infirmière peut se trouver dans le temps qu'elle peut passer au téléphone pour renseigner les patients. Elle ne sera pas pressée, comme le médecin, au milieu d'une consultation. De plus, elle peut éviter par son conseil certaines consultations auprès du médecin. A contrario, elle pourrait retarder certaines prises en charge devant l'irremplaçabilité de l'examen clinique par les plaintes fonctionnelles des patients.

La réception et l'analyse de conseils téléphoniques par une infirmière paraît possible. La mise en place d'un tel système impose néanmoins plusieurs modifications : une clarification légale de l'exercice, une définition précise de l'organisation au sein du cabinet pour tous les professionnels ainsi qu'un financement adapté au service rendu pour les patients.

7.6.2 *La prise en charge de patients ayant des « pathologies banales »*

(Pas D'ACCORD à 64%)

Ces pathologies « banales » devraient plus être appelées pathologies « simples et a priori bénignes ». Les exemples donnés dans l'item représentent une liste non exhaustive de ceux-ci. Penser déléguer de tels actes, c'est reconnaître que ceux-ci doivent être simples, à la conduite répétitive et aux résultats toujours attendus. Or on peut trouver l'origine du désaccord des médecins dans ces notions de « a priori bénignes » et « aux résultats toujours attendus ». Celles-ci peuvent en effet porter à discussion. **La question est ici autour du sens que prennent les protocoles de prise en charge, auxquels la médecine ne peut évidemment pas se résumer.**

Il est une autre idée qui veut que déléguer de tels actes recentrerait le médecin vers des actes plus compliqués et /ou difficiles. C'est l'idée initiale que la délégation recentre le médecin sur son métier. A ce sujet, deux résultats peuvent illustrer notre discussion : 71% des médecins ont déclaré qu'un changement dans le rythme des consultations ne serait pas pour eux un problème. Toutefois, l'énoncé de l'item ne portait pas sur le contenu de celles-ci. Autrement, 77% des médecins ont déclaré que la délégation de certaines activités ne déprécierait pas leur métier de médecin.

Il est toutefois légitime de se poser la question : **Ce qui sera gagné en terme de valorisation du métier de médecin ne sera-t-il pas perdu en terme de pénibilité ?**

Que ce soit pour des raisons culturelles ou professionnelles les médecins de l'enquête sont pour les deux-tiers opposés à la délégation de ces actes. Il est toutefois intéressant d'examiner à travers deux revues de la littérature les expériences, essentiellement anglaises, de consultations infirmières de première ligne. Nous nous intéresserons également à une étude ayant comparé les « Walk-in-centres » aux cabinets généralistes.

Dans une revue de la littérature,³⁰ F. Midy a regroupé les travaux ayant trait aux consultations infirmières de première ligne au cabinet. **Ceux-ci concluent à la faisabilité de confier certaines de ces consultations à une infirmière, que celle-ci peut réaliser l'intégralité de la prise en charge, du recueil de l'information au diagnostic jusqu'à la décision thérapeutique.** Ils concluent également que les patients qui choisissent de consulter une infirmière ou un médecin ne sont pas les mêmes et ne consultent pas pour les mêmes pathologies. Les pathologies que rencontrent le plus souvent les infirmières sont les pathologies des voies aériennes supérieures. **Les infirmières ont une durée de consultation plus longue et ont tendance à moins prescrire que les médecins.** De plus l'ensemble des travaux concluent à une **satisfaction supérieure lorsque la consultation est réalisée par une infirmière.**

Horrocks dans son analyse de la littérature⁷¹ a eu des conclusions similaires. Il ajoute que les infirmières semblent donner plus d'informations au patient, avoir une meilleure communication et donner plus de conseils pour se soigner lui-même. Les infirmières semblent offrir une qualité des soins au moins aussi bonne, et parfois meilleure que les médecins, avec une meilleure satisfaction des patients. **Il regrette qu'aucune étude robuste des coûts n'ait pu être menée et qu'aucune conclusion sérieuse ne peut être avancée en matière d'efficience.** Il regrette également qu'**aucune étude ne soit assez puissante pour détecter des événements graves et rares,** qui n'ont pas eu lieu jusqu'alors.

L'organisation spécifique des « *walk-in-centres* » au Royaume-Uni est encore la preuve de la faisabilité d'un service de première ligne offert par les infirmières. Une étude⁷³ de l'université de Bristol a évalué ceux-ci. L'étude a comparé 20 *WiC* à 20 cabinets généralistes, sur un total de 297 consultations. La qualité des soins a été évaluée selon une méthode de simulation (un faux-patient se présentant et décrivant l'un des cinq scénarii : contraception d'urgence, asthme, sinusite, céphalée et douleur thoracique). La consultation a été évaluée en fonction d'une grille d'items ou références de qualité, permettant d'établir un score.

Les *WiC* ont présenté un score de qualité moyen sur l'ensemble des scénarii plus élevé que les cabinets, mais avec des différences entre les scénarii. Ils ont été plus efficaces pour la contraception d'urgence et l'asthme. Ils sont équivalents pour la sinusite, la céphalée et la douleur thoracique. Les *WiC* ont en moyenne de meilleurs scores sur les items de recueil des antécédents mais de moins bons sur les examens cliniques (asthme et douleur thoracique). Il n'y a pas eu de différence significative sur la qualité du diagnostic, les conseils et les traitements dispensés, même si les *WiC* sont plus proches des références de qualité que les cabinets pour la contraception et l'asthme, et c'est le contraire pour la sinusite. **En résumé, les *WiC* fournissent une qualité de soin équivalente aux cabinets généralistes, à l'exception du conseil et du traitement de la sinusite, et de l'examen clinique des douleurs thoraciques.**

Ainsi malgré l'opposition des médecins, des infirmières pourraient au sein de cabinets prendre en charge des consultations de première ligne. Le problème semble résider autour des limites de la prise en charge entièrement autonome par l'infirmière. Au sein du cabinet, elle peut tout à fait assurer une fonction de tri, commencer des soins et se référer au médecin qui les valide ou apporte son avis complémentaire. Une telle coordination nécessite une définition des rôles de chacun et une malléabilité dans les consultations ; elle doit respecter par ailleurs la fonction de supervision du médecin.

7.6.3 La prescription infirmière médicamenteuse limitée et protocolisée

(Pas D'ACCORD à 60%)

Aujourd'hui le droit à la prescription n'est pas ouvert aux infirmières en France. Tout juste peuvent-elles prescrire des antalgiques dans le cadre d'un protocole à l'hôpital.⁷⁴ Le problème de la prescription infirmière peut certainement s'envisager en dehors du sujet de la délégation. A côté de cela, nous avons abordé certaines activités déléguables où les infirmières n'avaient pas besoin d'un tel droit.

Les médecins généralistes paraissent aussi réticents à leur autoriser ce droit que de leur déléguer des consultations de première ligne (on peut penser pour les mêmes raisons). De plus l'exemple donné ne concernait uniquement que les antalgiques.

Nous avons vu dans quelles conditions les infirmières anglaises, suédoises et canadiennes usaient de ce droit. On peut brièvement les rappeler.

- ❖ Prescription de vaccins (Canada et Royaume-Uni).
- ❖ Prescription médicamenteuse ou modification de posologie dans le suivi de pathologies chroniques et dans le cadre d'un contrat signé entre le patient, le médecin et l'infirmière (Royaume-Uni).
- ❖ Prescription médicamenteuse pour des consultations de première ligne (Royaume-Uni et Suède).

Il existe au Royaume-Uni et en Suède des listes limitatives de matériel et médicaments que les infirmières ont le droit de prescrire dans un nombre limité de situations. Nous pourrions nous inspirer de celles-ci afin d'établir un nombre de situations bien définies ouvrant droit à la prescription. Cela existe déjà en France pour les sages-femmes.

Un tel droit soulève un enjeu médico-légal important. Les responsabilités, juridiques et professionnelles, allouées à la prescription doivent être les mêmes pour les infirmières que pour les médecins. Ces responsabilités seront ou non partagées en cas d'un suivi conjoint ou d'une prise en charge de première ligne.

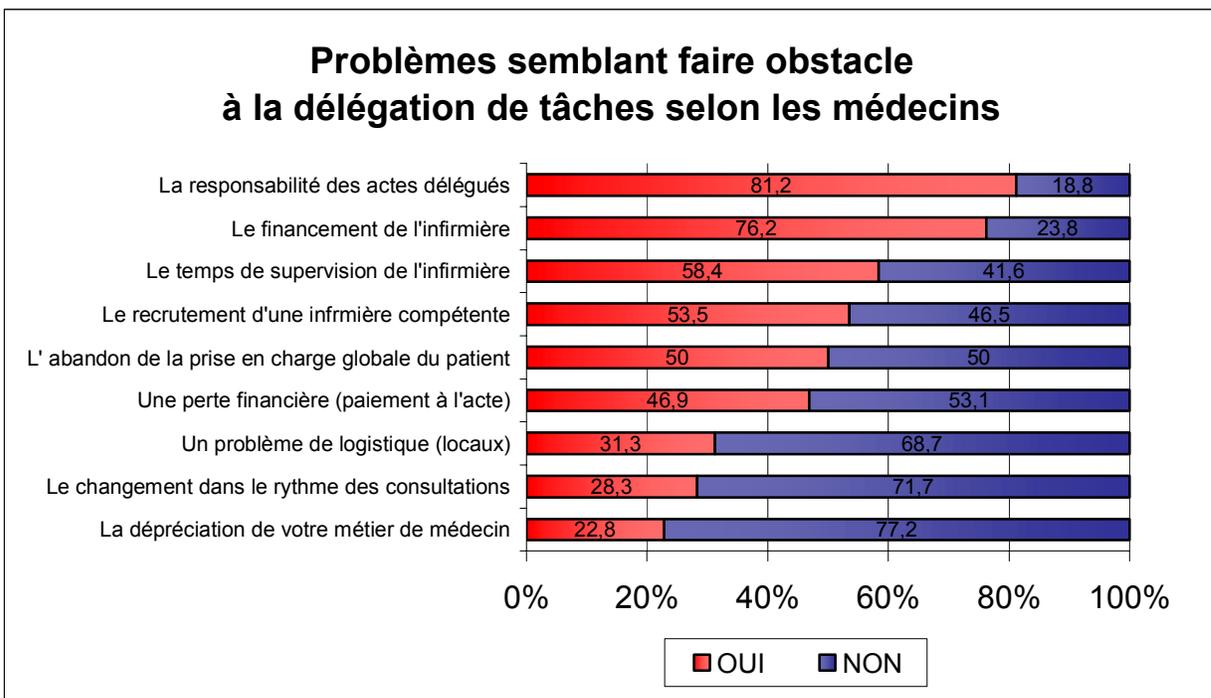
Les produits de santé, les situations dans lesquelles ils pourraient être prescrit et les formations conséquentes restent ainsi à définir. Ces dernières pourraient être incluses dans la formation initiale ou suivies de façon complémentaire.

7.7 Les problèmes liés à la mise en place de la délégation d'activités

Nous avons ainsi vu dans la première partie de la discussion quels actes les médecins étaient d'accord ou non à déléguer à une infirmière. Leurs avis ne nous donnent qu'un élément de la discussion et se limiter à ceux-ci serait insuffisant. D'une part, **doivent être interrogées les infirmières sur leur souhait réel à prendre en charge des responsabilités qui peuvent être plus lourdes** (par exemple pour les prises en charge de première ligne) ; ce travail pourrait être complété par une enquête auprès de celles-ci ; d'autre part, **nous devons toujours nous demander si cette nouvelle organisation de soins est bénéfique pour les patients.**

A partir des résultats exprimés par les médecins ci-dessus et les problèmes qui selon eux feraient obstacle à la délégation, nous allons discuter de l'organisation et des évolutions à envisager dans le cadre d'un transfert d'activités. Ceux-ci ont trait à la responsabilité de l'acte délégué, à l'organisation générale de la délégation ainsi qu'à son financement.

Nous avons rappelé ci-dessous les réponses des médecins quant aux problèmes qui leur semblent faire obstacle à la délégation.



7.7.1 La responsabilité des actes délégués

Le problème de la responsabilité est un problème important. Dans un contexte de judiciarisation croissante, le cadre légal doit bien être défini.

Aujourd'hui, la profession infirmière est définie dans le code de la santé publique. Le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 y donne une définition légale des compétences de l'infirmière (*annexe n°7*). Il définit les soins infirmiers, le rôle propre des infirmières et **énumère de façon précise et restrictive les actes que l'infirmière peut réaliser**. Les règles professionnelles sont quant à elles énumérées dans le décret du 16 février 1993 (et reprises dans le nouveau décret de 2004). Tel un code de déontologie (mais sans en être un puisqu'il n'existe pas d'Ordre infirmier), il fixe les règles morales de la profession.

Cette définition légale donnée, on constate néanmoins que la délégation d'activités est déjà chose courante au sein de la sphère de soins. A l'hôpital ou en libéral, elle peut se produire des médecins vers les internes ou des infirmières vers les aides-soignantes. D'ailleurs, la définition du rôle de ces deux dernières a toujours porté à discussion et est proche de notre problème actuel (*annexe n°5*). Vis à vis de cette situation, **la notion de responsabilité partagée existe déjà en filigrane**. Plusieurs affaires ont ainsi fait apparaître des responsabilités et des sanctions partagées entre différents professionnels, avec des proportions pour chacun relatives à chaque cas.

Ce glissement officieux des fonctions des uns vers les autres ne doit pas être préjudiciable pour les patients. Il doit s'inscrire dans le respect d'un objectif absolu qu'est le respect de leur intérêt. Le juriste ne saurait ainsi se satisfaire d'une situation qui s'inscrit dans l'irrespect de textes légaux et réglementaires. Afin de redéfinir ceux-ci, les professionnels de santé doivent s'appuyer sur les expérimentations de délégation en cours (celles-ci ont actuellement une autorisation dérogatoire aux textes en vigueur). **Le remplacement nécessaire du décret de compétences infirmières par une définition de ses fonctions nous paraît préférable à un allongement de la liste actuelle des actes**. Quant à la fonction de supervision du médecin, elle existe déjà mais nécessite peut-être d'être précisée. Les responsabilités en question peuvent aujourd'hui être revendiquées par les infirmières et par les médecins. **Reconnaître ces responsabilités médicales et infirmières, c'est reconnaître leur haut niveau de qualification.**

7.7.2 *L'organisation générale de la délégation*

Le développement de la délégation d'activités va s'envisager dans une réforme générale des études para-médicales, telle qu'elle a été annoncée en novembre 2005, par le ministre de la santé, Xavier Bertrand et le ministre délégué à l'enseignement supérieur et à la recherche, François Goulard. Elle peut s'envisager dans un contexte universitaire et de rapprochement inter-professionnel. Les cursus de formation doivent pouvoir être ouverts aux infirmières en formation ainsi qu'à celles exerçant déjà. **La légitimité de ces nouvelles infirmières viendra de la qualité de leurs formations initiale et continue.**

L'augmentation des effectifs infirmiers est relative et la démographie des infirmières libérales reste marquée par des inégalités régionales criantes. Cela est vrai pour les trois régions de notre enquête ; **la délégation d'activités ne pourra y résoudre tous les problèmes d'accessibilité aux soins.** Cette constatation ne doit pas être un frein à l'institution de la délégation au sein de cabinets volontaires.

Nous avons vu que la délégation d'actes de promotion de la santé était déjà organisée, par exemple au sein des centres de prévention cardio-vasculaire en Picardie. Nous ne nions pas l'utilité de ces centres pour certains patients, mais pensons que la promotion de la santé peut se dérouler au sein de cabinets de médecine générale.

Au sein de ces cabinets, ce nouveau mode d'exercice va devoir s'inscrire dans le respect de la définition de la médecine générale, telle qu'elle a été développée par la WONCA Europe ⁷⁵ (*World Organisation of National Colleges and Academies of Family Doctors*). Nous rappelons les caractéristiques de cette définition dans l'encadré ci-après.

Caractéristiques de la Médecine générale selon la WONCA Europe ⁷⁵ :

- *Le **premier contact** avec le système de soins, permettant un **accès ouvert et non limité** aux patients.*
- *Une **approche centrée sur la personne**, orientée vers l'individu, sa famille et sa communauté.*
- *L'établissement dans le temps d'une relation médecin-patient à travers une communication appropriée.*
- *La responsabilité de la continuité des soins.*
- *L'utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins, **le travail avec d'autres professionnels dans le cadre des soins primaires** et la gestion du recours aux autres spécialités.*
- *Une démarche décisionnelle déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies.*
- *Une prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques.*
- *L'intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies.*
- *Le développement de la **promotion et de l'éducation de la santé***
- *Des actions spécifiques en termes de **santé publique**.*

Nous avons vu tout au long de ce travail que la délégation n'était pas en désaccord avec ces caractéristiques. Celles-ci devront être préservées.

En pratique, les médecins vont devoir recruter une infirmière au sein du cabinet. C'est un problème pour plus de la moitié d'entre eux. Leurs critères de recrutement de cette infirmière « idéale » sont centrés sur trois éléments que sont l'expérience clinique et libérale, la formation adaptée à ces nouvelles activités ainsi que la volonté de travailler en équipe et de s'associer à un groupe. Elles peuvent résumer à elles seules l'exercice de la délégation pour une infirmière.

Outre le temps investi dans le recrutement, les médecins vont devoir adapter leur cabinet, tant au niveau des locaux que de l'informatique et supporter une augmentation de charges professionnelles. **Cela représente un temps de gérance et un coût financier à prendre en compte.** Sans aborder la notion du salariat, l'installation d'une infirmière dans un cabinet pose le même problème que la cohabitation de professionnels aux rémunérations différentes et devant supporter des charges communes. Cependant, l'aspect logistique ne paraît pas être un problème pour les deux-tiers des médecins.

Au sein du cabinet, plusieurs éléments devront être respectés. Le rôle des infirmières devra être bien défini et surtout compris des patients. Elles travailleront dans le respect de la prise en charge globale de celui-ci. Leur intervention ne devra pas être un obstacle à la liberté du patient d'accéder au médecin et à la relation individualisée qu'il a instaurée avec lui. Le temps de supervision devra être clairement organisé afin d'assurer un suivi optimal des patients.

Ce temps de supervision est un problème éventuel pour 58% des médecins de l'échantillon. Il est pourtant important car il implique la responsabilité du médecin et préserve le suivi global du patient. **Ce problème peut être expliqué par le fait que les médecins ne soient pas formés à cette fonction.** Rappelons que les médecins maîtres de stage et ceux exerçant des consultations hospitalières semblent plus prêts à déléguer. Une formation sur la fonction de supervision pourrait apparaître dès la formation initiale.

Dans un cadre de délégation, la gestion du temps médical va être perturbée. Cela ne semble pas être un problème pour 71 % des médecins. La libération de celui-ci, s'il y a, pourrait être réservé à d'autres activités de recherche, d'enseignement ou de loisirs

7.7.3 L'aspect économique et le financement

C'est un problème tout aussi essentiel que la responsabilité des actes et l'organisation de la délégation. Il a trait à deux sujets que sont l'intérêt économique général de la délégation et le financement de l'infirmière.

L'intérêt économique de la délégation dépend du rapport entre les salaires (additionnés des coûts de formation) et les productivités comparées des professionnels. D'un côté l'extension des compétences des infirmières légitime une hausse sur leur échelle salariale et l'on peut se demander quelle doit être la valorisation du travail du médecin ainsi que de sa fonction de supervision ; de l'autre les productivités de l'infirmière et du couple médecin/infirmière peuvent augmenter avec le temps et leur expérience.

Certains travaux ⁷⁶ ont montré que la délégation de certaines activités de soins à une infirmière se traduisait par des coûts équivalents en raison d'une durée de consultation plus longue de celle-ci. Cela ne signifie pas que la délégation ne soit pas efficiente car l'on ne peut être sûr que le contenu de la consultation soit le même pour les deux professionnels. Les différences observées dans la façon de mener une consultation (plus d'informations, plus de conseils) peuvent rendre les infirmières plus efficaces, ce qui se manifeste par une plus grande satisfaction des patients.

Concernant le financement de l'infirmière, 76% des médecins pensent que c'est un problème pouvant faire obstacle à la délégation d'activités. **Trois sources de financement pourraient utilisées ou associées.**

- **La première est celle des médecins eux-mêmes.** Ceux-ci emploieraient l'infirmière qui par ses actes reversés sera rémunérée.
- **La seconde est celle des collectivités locales** (régionales, départementales, municipales...) qui par des actions ciblées peuvent prendre en charge une partie des coûts liés à l'investissement nécessaire à l'installation de l'infirmière et au salariat de celle-ci.
- **La troisième est celle du financement par l'assurance maladie** des actes réalisés par l'infirmière, soit directement par la cotation des actes, soit par des fonds spéciaux comme le FAQSV. On peut évoquer ici le problème de la rémunération de la prévention en France dont de nombreux actes ne font pas partie de la Classification Commune des actes Médicaux.

Sur le plan institutionnel, notre mode de financement à l'acte joue ici un rôle déterminant. **L'acceptabilité d'un transfert d'activités est vraisemblablement plus facile à accepter dans un contexte de financement au forfait ou à la capitation.** Dans notre échantillon, 47% des médecins craignent une perte financière.

Nous pouvons alors légitimement nous poser la question si la délégation d'activités des médecins vers les infirmières ne se heurtera pas à la défense des intérêts professionnels et financiers de chacun.

8. Conclusion

Motivée par la crise démographique médicale et une réalité comptable (coût du soin médical), la France s'ouvre peu à peu à la délégation de certaines activités vers d'autres professionnels. Aujourd'hui, les infirmières paraissent les plus à même d'assurer ces nouvelles fonctions, au sein des soins primaires. Les systèmes anglo-saxons nous prouvent qu'elles peuvent s'y investir efficacement dans la promotion de la santé, la surveillance de pathologies chroniques ou les consultations de première ligne.

Pour des raisons techniques, nous avons sélectionnés les médecins généralistes de 48 cabinets de soins primaires sur les 436 contactés. Les 182 généralistes retenus l'ont été parce qu'ils travaillent dans une structure professionnelle regroupant médecins et infirmières. En effet l'étude des expériences étrangères nous incite à penser que la délégation de tâches est plus aisée dans des structures de soins primaires regroupant plusieurs professionnels. D'autres enquêtes pourront être menées en dehors de ce contexte.

Au vu des résultats de notre enquête, les médecins généralistes interrogés semblent prêts à déléguer certaines activités. Il s'agit en particulier des actions d'éducation à la santé, de la gestion des vaccinations, du dépistage de masse des cancers du sein et du côlon, du suivi des pathologies chroniques stabilisées, de la réception et l'analyse des appels téléphoniques.

Les médecins répondeurs semblent néanmoins globalement plus réticents à ce transfert de tâches que leurs homologues anglo-saxons. Plusieurs raisons à cette réticence française peuvent être avancées :

- L'organisations des soins primaires (paiement à l'acte de soins...).
- Une culture médicale autour de la relation duale dans le soin.
- La trop récente prise de conscience du problème démographique et économique médical.
- La démographie infirmière elle aussi défavorable.

- L'absence de cadre législatif de ce nouvel enjeu.
- L'absence de cadre autour de la formation de ces nouveaux professionnels acceptant ces nouvelles fonctions.
- L'absence de formation des médecins à la fonction de supervision indispensable.

C'est dans la recherche de solutions autour de ces différents problèmes que le concept de transfert d'activités progressera en France comme il l'a fait depuis quelques décennies ailleurs.

La délégation de certaines activités recentrerait le médecin sur des activités en accord avec ses compétences et offrirait une alternative de carrière aux infirmières volontaires à l'acquisition d'autres compétences. Cette délégation ne pourra se développer que dans le respect mutuel des professionnels concernés et de la prise en charge globale du patient.

Ce travail n'a pas répondu à la question de savoir si la qualité des soins et la qualité de vie des patients pris en charge de façon synergique seront meilleures qu'actuellement pour un coût identique voire moindre. Cette interrogation est l'enjeu de la réflexion autour de la délégation d'activités en France.

C'est à ces conditions de respect mutuel entre les professionnels, d'évolution du cadre légal, de financement adapté et d'évaluation de la qualité des soins engendrés que la délégation d'activités pourra s'inscrire de façon pérenne au sein des soins primaires en France.

9. Bibliographie

1. Senand R., Le Mauff P., Goronflot L., Urion J. Comment la diminution de l'offre de soins peut-elle modifier l'exercice de la médecine générale ?. *Rev Prat-Med Gen* 2004 ; tome 18 (660/661) : 929-32.
2. Observatoire National Des Professions de Santé. Les effectifs et l'activité des professionnels de santé. Le rapport 2004, 4 tomes.
3. Cuneo Ph., Niel X. L'Harmonisation des données de démographie médicale. Conseil National de l'Information Statistique, rapport sept 2002 ; (75), 35 p.
4. Brutel C., Omalek L. Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (horizons 2030/2050), INSEE, juillet 2003, résultats société (16).
5. Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux. DREES, juin 2004, Etudes et résultats (314), 12p.
6. Sibbald B. Inter-disciplinary working in British primary care teams: a threat to the cost-effectiveness of care?. *Critical Public Health* 2000, vol. 10 (4) : 439-51.
7. Brocas A-M., Cuvillier N., Deuxdeniers M-L. Rapport sur l'exercice libéral des professions paramédicales : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes. Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998, 21 p.
8. Berland Y., Gausseron T. Mission « démographie des professions de santé », Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées ; 2002, 113 p.

9. Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape). Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées ; 2003, 57 p.
10. Bourgueil Y., Marek A., Mousques J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada. DREES 2005, Etudes et résultats; (406). 12 p. IRDES 2005, Question d'économie de la santé ; (95), 12 p.
11. Polton D. Les systèmes de santé dans les pays occidentaux. *La Santé-Cahiers français* 2005 ; (324) : 54-9.
12. Chevrier-Fatome C. Le Système de santé et d'assurance-maladie aux Pays-Bas : actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. IGAS 2002 ; rapport n° 2002070, p 22.
13. Lyon G., Errieau G. Exercice de la médecine générale en Italie. *Rev Prat-Med Gen* 2005 ; tome 17 (626) : 1245-6.
14. Conseil Canadien de la Santé. Le renouvellement des soins de santé au Canada : accélérer le changement. 2005, 95 p.
15. OIIQ/FMOQ. Rapport du groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables. 2005, 200 p.
16. College of Nurses of Ontario. Practice standards : Registered Nurses in the Extended class. 2004, 16 p.
17. Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. 2003, 98 p.

18. Nursing and Midwifery Council. Guidelines for the administration of medicines. 2002, 15 p.
19. Wilhelmsson S., Foldevi M. Exploring views on Swedish district nurses' prescribing-a focus group study in primary health care. *J Clin Nurs*. 2003 Sep;12(5): 643-50.
20. Kernick D., Reinhold D., Mitchell A. How should patients consult ? A study of the differences in viewpoint between doctors and patients, *Fam Pract*. 1999 Dec ; 16(6) : 562-65.
21. Kernick D., Scott J. Economic approaches to doctor/nurse skill mix: problems, pitfalls, and partial solutions. *Br J Gen Pract*. 2002 Jan; 52(474) : 42-6. Review.
22. Arènes J., Guilbert Ph., Baudier F. Baromètre santé médecins généralistes 98/99. CFES. 1999, 218 p.
23. Annexe à l'arrêté du 28 septembre 2001. J Off Républ Fr Lois Décrets 2001 ; 1^{er} oct.
24. Sandrin Berthon B., Aujoulat I., Ottenheim C., Martin F. L'éducation pour la santé en médecine générale. CFES. 1997, 176 p.
25. D'Ivernois J.-F., Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Paris :Vigot, 1995. 200 p.
26. Sandrin Berthon B. Eduquer un patient :comment être plus performant ?. *Rev Prat Med Gen*. 2001 ;Tome 15(549) : 1727-30.
27. Wood D., Kinmonth A., Davies G. et al. Randomized controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice : principal results of British family heart study, *BMJ* 1994; vol 308 (6924): 313-20.

28. Oxcheck study group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care : final results of the Oxcheck study. *BMJ* 1995, vol 310 (6987) : 1099-104.
29. Bury JA. Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications. Bruxelles :De Boeck-Wesmael,1988 : 235p.
30. Midy F. Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires, Revue de la littérature 1970-2002. CREDES, Document de travail, fev 2003, 42 p.
31. Paris V.,Renaud T.,Sermet C. Des comptes de la santé par pathologie : un prototype sur l'année 1998. CREDES, rapport n° 1480, mai 2003, 167 p.
32. Direction Générale de la Santé. Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique-Définitions d'objectifs. Rapport du GTNDO, Mars 2003 : 457-74.
33. ANAES. Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global. Rapport, Juin 2004, 103 p.
34. Mc Manus R., Mant J., Meuleundijks C. et al. Comparison of estimates and calculations of risk of coronary heart disease by doctors and nurses using different calculation tools in general practice : cross sectional study, *BMJ* 2002, vol 324 (7335) : 459-64.
35. AFSSAPS. Prise en charge thérapeutique d'un patient dyslipidémique. Recommandations de bonne pratique, Mars 2005, 68 p.
36. INPES. Efficacité de la promotion de la santé. *Promotion et Education*, hors série Jan 2004, 53p.
37. Remontet L., Estève J., Bouvier AM et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. *Rev Epidemiol Sante Publ* 2003 ; (51) : 3-30.

38. Weidmann C., Schaffer P., Hedelin G. et al. L'incidence du cancer du col régresse régulièrement en France. *BEH*, fev 1998, 5 p.
39. Séradour B. Cancer du sein : un dépistage désormais généralisé en France. *Rev Prat* 2004 ; (54) : 830-6.
40. Dancourt V., Faivre J. Epidémiologie et dépistage des cancers colo-rectaux. *Rev Prat* 2004 ; (54) : 135-42.
41. Rousseau A., Bohet P., Merliere J., Treppoz H. et al. Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie. *BEH*, mai 2002 ; (19) : 81-3.
42. ANDEM. Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col utérin. médicales. In recommandations et références médicales. Paris, 1995-9 : 24 p.
43. ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation 2002 ; Sept 2002, 22 p.
44. Thomamasen H., Lenci P., Brak I., Anderson G. Cervical cancer screening performed by a nurse. Evaluation in family practice. *Can Fam Physician* 1996 ; (42) : 2179-83.
45. Faivre-Bihi C. Evaluation de la qualité des frottis du col de l'utérus pratiqués par les médecins généralistes en région lyonnaise. 2003, Th. Med : Lyon 1, 129 p.
46. Figon S., Flori M., Le Goaziou M-F. Frottis cervico-vaginal. *Rev Prat Med Gen* 2004 ; tome 18 (646/647) : 417-25.
47. Com-Ruelle L., Crestin B., Dumesnil S. L'asthme en France selon les stades de sévérité. CREDES, rapport n° 1290, fev 2000, 182 p.

48. AFSSAPS-ANAES. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. Sept 2004, 169 p.
49. Charlton I, Charlton G., Broomfield J. et al. Audit on the effect of a nurse run asthma clinic on workload and patient morbidity in a general practice. *BJ Gen Pract* 1991 ; vol 44. : 263-7.
50. Jones K., Mullee M. Proactive, nurse-run asthma care in general practice reduces asthma morbidity: scientific fact or medical assumption ?. *BJ Gen Pract* 1995; vol 45 : 497-9.
51. Dickinson J., Sutton S., Atkin A. Reducing asthma morbidity in the community: the effect of a target nurse-run asthma clinic in a English general practice. *Respiratory Medicine* 1997;vol 91: 634-40.
52. Pujet J-C. Pourquoi et comment éduquer les asthmatiques ?. *Rev Prat Med Gen* 2000 ; tome 14 (517) : 2098-100.
53. Allen RM., Jones MP, Oldenburg B. Randomised trial of an asthma self-management programme for adults. *Thorax* 1995;50:731-8.
54. Bernard-Bonin AC, Stachenko S. et al. Self-management teaching programs and morbidity of pediatric asthma: a metaanalysis. *J Allergy Clin Immunol* 1995; (95):34-41.
55. Simon D., Eschwege E. Données épidémiologiques sur le Diabète de type 2. *BEH* 2002 ; (20/21):85-6.
56. Detournay B., Cros S., Charbonnel B. et al. Managing type 2 diabetes in France: the ECODIA survey. *Diabetes Metab* 2000;(26):363-9.
57. Ricordeau P., Weil A., Bourrel R., Vallier N., Schartz D. et al. Programme de santé publique sur la prise en charge du Diabète de type 2: Evaluation de la prise en charge des diabétiques non-insulino-traités entre 1998 et 2000. CNAMTS. fev 2002.

58. Weill A., Varroud-Vial M., Fagot-Campagna A., Simon D., Lecomte P. Caractéristiques et état de santé des personnes diabétiques âgées et leur prise en charge médicale, étude ENTRED 2001. *BEH* 2005; (12/13): 51-2.
59. Monnier L., Grimaldi A., Charbonnel B. et al. Management of French patients with type 2 diabetes mellitus in medical general practice: Report of MEDIAB observatory. *Diabetes Metab* 2004;(30):35-42.
60. Coliche V. Des structures de proximité pour une éducation des patients par des binômes. *Réseaux Diabète* 2000;(6):30-2.
61. Pierce M., Agarwal G. et al. A survey of diabetes care in general practice in England and Wales. *BJ Gen Pract* 2000;(50):542-5.
62. Nagykaldi Z., Mold JW. Diabetes patient tracker, a personal digital assistant-based diabetes management system for primary care practices in Oklahoma. *Diabetes Technol Ther* 2003;(5): 997-1001.
63. Deleau E. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques en Médecine Générale: Installation d'infirmières dédiées à la santé publique dans des cabinets de Médecine générale sur le mode de la délégation de tâches, exemple de la prise en charge du diabète de type 2. 2005. Th. Med : Poitiers, 77 p.
64. ANAES. Principes de dépistage du diabète de type 2. Recommandations pour la pratique médicale. fev 2003, 159 p.
65. ANAES. Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. Recommandations pour la pratique médicale. Jan 1999, 14 p.
66. Silveberg D., Baltuch L., Eyal P. et al. Control of hypertension in family practice by the doctor-nurse team. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1982;(3):184-6.

67. Jewell D., Hope J. Evaluation of a nurse-run hypertension clinic in general practice, *Practitioner* 1988,(232):484-7.
68. Campbell J., Mauksch H., Neikirk H., et al. Collaborative practice and provider styles of delivering health care. *Social Science and Medicine* 1990;(30):1359-65.
69. Murchie P., Campbell NC., Ritchie LD. et al. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow-up of a randomised controlled trial in primary care, *BMJ* 2003; vol 326,(7380):84.
70. Moher M., Yudkin P., Wright L. et al. Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care. *BMJ* 2001; vol 322,(7298):1338.
71. Horrocks S., Anderson E., Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002; vol 324: 819-23.
72. Deau X. Médecine par téléphone: comment éviter les dérives. Le bulletin de l'Ordre des médecins, jan 2005 ;(1) : 8-12.
73. Salisbury C., Chalder M., Manku-Scott T., Nicholas R. The national evaluation of NHS walk-in centers. University of Bristol, july 2002.
74. Circulaire DGS/DH/DAS n°99/84 du 11 février 1999 sur la prise en charge de la douleur dans les services hospitaliers.
75. Allen J., Gay B., Crebolder H., Heyrman J., Svab I. et al. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. WONCA Europe 2002.

76. Venning P., Durie A., Roland M. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners primary care. *BMJ* 2000,vol 320 ;(7241) :1048-53.