

Délégation de tâches:quelles perspectives pour les soins primaires ?

**Déléguer certaines tâches, voire transférer certaines compétences à d'autres professionnels de santé : une solution aux problèmes de démographie médicale ?
État des lieux et perspectives d'avenir.**

Par le Dr Delphine Marquiset-Varney

Afin d'accentuer l'attractivité de certaines disciplines, telles que la médecine générale, qui souffrent d'un manque cruel de vocations depuis quelques années, et ainsi garantir à tous un accès à des soins de qualité malgré une démographie médicale préoccupante, les pouvoirs publics planchent depuis plusieurs années sur un certain nombre de mesures qui devraient considérablement modifier notre système de soins. Une de ces mesures phares consiste à redéfinir les contours de l'ensemble des professions de santé, de manière à optimiser au mieux le temps de travail de chacun. En ce qui concerne les soins primaires, un tel processus aboutirait à une délégation de tâches, voire un transfert de compétences, de la part des médecins généralistes envers des paramédicaux, et notamment les infirmiers libéraux.

Une réflexion française bien avancée

En France, une profonde réflexion sur ce sujet a été entamée dès 2002 avec la mission ministérielle⁽¹⁾ menée par le Pr Yvon Berland. Après avoir constaté des chevauchements d'activités entre de nombreuses professions de santé créant des redondances inutiles et des pertes d'efficacité pour les professionnels concernés, ainsi que l'acquisition, au fil du temps, de compétences et de savoir-faire beaucoup plus large qu'il y a quelques années, la mission rédigea un certain nombre de propositions en vue de redéfinir les contenus et les champs de compétences des différents acteurs du système de soins. Ces propositions auraient pour but de permettre aux médecins de se recentrer sur les activités spécifiques pour lesquelles ils ont été formés et où leur compétence est indispensable, en déléguant certaines tâches à d'autres professions médicales ou paramédicales dont certaines seraient à créer.

En 2003, un autre rapport⁽²⁾ mené à nouveau par le Pr Berland définit plus précisément un grand nombre de principes à respecter : adaptation de la formation initiale et continue, collaboration étroite indispensable entre médecins et acteurs paramédicaux, définition précise du champ de compétences de chacun et revalorisation de l'investissement intellectuel aux dépens de l'acte médico-technique. Il évoque également la création possible de nouveaux métiers de soins tels que les « infirmières cliniciennes spécialisées » à l'instar des *nurses practitioners* anglo-saxonnes.

C'est ce dernier rapport qui va lancer en France une grande vague d'expérimentation dans le but ultime d'une mise en application rapide de telles mesures.

Une pratique éprouvée chez nos voisins

Alors qu'au début du XXI^e siècle, la réflexion française n'en est encore qu'aux prémices, nombre de nos voisins, et notamment les pays anglo-saxons, ont déjà expérimenté de telles mesures depuis les années 80. La délégation de tâches est notamment de plus en plus adoptée en médecine générale puis s'organise progressivement modification de la législation et de la réglementation professionnelle mais aussi réforme des études pour les professions paramédicales. On assiste ainsi à la création d'un nouveau métier : celui d'infirmière praticienne ou *nurse practitioner* qui effectue des actes normalement réservés aux médecins et encadrés par des protocoles précis.

Leur champ d'action est assez vaste : diagnostic, prescription et traitement des problèmes de santé courants. En 2003, dans le cadre d'une étude⁽³⁾ du CREDES (Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé), Fabienne Midy a étudié l'efficacité et l'efficacité de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières dans ces mêmes pays. Elle s'est ainsi intéressée aux trois principaux types d'actions dévolues aux nouvelles compétences des infirmières, à savoir *promotion de la santé* (bilans de santé, éducation et dépistage), *consultations dédiées à la prise en charge de maladies chroniques* et *consultations de première*

ligne accueillant des patients avec des problèmes indifférenciés non diagnostiqués (cf. encadré ci-dessous). Ainsi, la plupart des travaux effectués ont prouvé à la fois la faisabilité mais aussi l'efficacité du transfert de compétences.

Les mêmes résultats ont également été démontrés dans un rapport⁽⁴⁾ de l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) effectué en 2005 pour comparer la participation des infirmières aux soins primaires dans différents pays. Une opposition nette entre deux catégories de pays a été par ailleurs constatée :

- les pays où, comme en France, les médecins exercent majoritairement en cabinets individuels ou en groupes monodisciplinaires (Allemagne, Pays-Bas, Italie et Canada), dans lesquels il existe peu d'exercices en commun entre médecins et infirmières dans le cadre des soins primaires ;
 - les pays caractérisés par une pratique majoritaire de groupe en coopération avec d'autres professionnels de santé (Royaume-Uni, Suède, Finlande) où la place des infirmières dans les soins primaires y est essentielle, avec d'ailleurs une prescription infirmière souvent très étendue.
- En outre, il a été remarqué d'une part que plus la densité médicale y est faible, plus les rôles infirmiers ont été développés afin de pallier cette pénurie relative et d'autre part que c'est principalement par le développement de tâches nouvelles plutôt que par le transfert d'activités anciennement exercées par les médecins que la participation infirmière s'est développée.

Les premières expérimentations françaises

C'est donc forte de ces expériences étrangères et des premiers rapports ministériels que la France entama dès 2005 les premières expérimentations dans ce domaine. Un premier bilan concernant cinq expériences de délégation de tâches⁽⁵⁾ fut établi par le Pr Yvon Berland en juin 2006 et actuellement, onze nouveaux projets sont en cours d'évaluation par la HAS (Haute autorité de santé) et l'ONDPS (Observatoire national de la démographie des professions de santé). Même si la plupart ne concernent pas les soins primaires, ces initiatives réalisées dans un cadre législatif et réglementaire précis ont permis de démontrer à la fois la faisabilité, en toute sécurité pour les patients, de la délégation de tâches dans les domaines abordés, mais aussi la motivation majeure des acteurs médicaux et paramédicaux concernés.

Pour l'instant, très peu d'expériences ont été réalisées en cabinet de ville mais néanmoins, l'une d'entre elles a déjà montré des résultats très intéressants.

Il s'agit d'une étude expérimentale menée à l'initiative de l'URML (Union régionale des médecins libéraux) Poitou-Charentes : le projet ASALEE (Action de santé libérale en équipe). Ce projet a pour objectif d'éprouver la faisabilité de la délégation d'activités en médecine générale, voire le développement d'activités nouvelles, au sein de trois cabinets de groupe. Les pistes d'expérimentations se sont rapidement orientées vers les pathologies chroniques et les professionnels paramédicaux choisis dans cette étude ont été des infirmières salariées au titre de « collaboratrices de santé publique ».

Déjà les premières orientations collectées lors de la rédaction du rapport du Pr Yvon Berland en 2003 montraient un certain nombre d'éléments intéressants :

- un intérêt réel des médecins en ce qui concerne la délégation de tâches ;
- le développement en priorité d'activités de conseil, d'éducation, d'évaluation des risques, de réalisation de tests, de prévention individualisée et de gestion de l'information ;
- l'amélioration de la productivité au sein du cabinet mais surtout de la qualité du service rendu ;
- des patients qui mettent en avant la confiance et la relation individualisée au médecin mais qui acceptent le principe d'une délégation à condition de conserver la possibilité d'accès direct au médecin.

En juillet 2005, une thèse de doctorat effectuée par le docteur Emmanuelle Deleau a permis de compléter le bilan de cette expérimentation innovante en France. En s'intéressant de plus près à la prise en charge du diabète de type 2, elle a ainsi pu tirer un certain nombre de conclusions qui s'inscrivent dans un bilan global plutôt très satisfaisant.

Cette étude a tout d'abord montré que la réorganisation du travail au sein des cabinets expérimentaux s'orientait vers deux axes :

- une diversification des activités, les infirmières réalisant des tâches qui ne lui sont habituellement pas attribuées et qui souvent par manque de temps ne sont pas réalisées par les médecins généralistes ;
- une augmentation des activités de prévention et de promotion de la santé.

Par ailleurs, au-delà d'une nouvelle organisation de travail, cette expérimentation semble ouvrir la voie à de nouvelles opportunités professionnelles pour les infirmières, ainsi qu'un nouveau mode relationnel avec le patient dans la prise en charge des pathologies chroniques, les soignants allant ici à la rencontre des patients.

En outre, en comparant les résultats du projet ASALEE dans la prise en charge biologique et clinique

des patients avec ceux des études de référence, cette étude a prouvé que la délégation de tâches avait permis une meilleure réalisation des recommandations de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé).

La prise en charge des pathologies chroniques semble ainsi s'être considérablement améliorée avec le processus de délégation de tâches instauré dans le cadre du projet ASALEE. Seule ombre au tableau, la problématique du financement des infirmières, indispensable à la pérennisation de telles expérimentations.

Des réticences bien réelles

La faisabilité et les résultats satisfaisants obtenus lors des premières expériences menées suffisent-ils néanmoins à ce qu'une telle redéfinition des contours des métiers de la santé soit mise en place ? Avant tout, il semble indispensable d'obtenir une adhésion totale à ce projet, et ce de la part de l'ensemble des professionnels concernés.

Or, ce projet semble encore loin de faire l'unanimité.

Ainsi, lors des entretiens réalisés dans le cadre de son rapport sur la coopération des professions de santé, le Pr Yvon Berland a-t-il constaté que même s'il apparaît utile pour les représentants de la médecine générale auditionnés, de pouvoir former des assistants professionnels (infirmières spécialisées) spécifiques à la pratique de la médecine générale, il persiste un certain nombre de réserves ou d'inquiétudes.

Pour qu'une délégation ou un transfert d'activités soit envisagé, il semble donc indispensable de définir clairement les missions et les rôles de chaque professionnel ou encore de coordonner les activités entre les différents acteurs. Par ailleurs, ces même représentants craignent de voir apparaître des «superstructures» ou des «dispensaires libéraux». Ils insistent également sur la nécessité d'une meilleure coordination entre médecins généralistes et spécialistes.

En février 2005, lors d'une étude⁽⁶⁾ réalisée par l'URML Rhône-Alpes, ce sont les internes de médecine générale qui ont été interrogés sur la question.

Plus précisément, il leur a été demandé s'ils étaient ou non favorables à un transfert de compétences en direction de paramédicaux n'exerçant pas sous le contrôle direct d'un médecin. Les résultats ont ainsi mis en évidence des opinions partagées: 60 % des étudiants interrogés s'y déclaraient favorables contre 38 % opposés.

Plus récemment, en février 2006, dans le cadre d'une étude menée par le docteur Christophe Paul auprès de 182 médecins généralistes installés en groupe en Normandie et Picardie, les résultats montrent que même si les médecins interrogés semblent prêts à déléguer certaines activités, ils semblent plus réticents à ce transfert de tâches que leurs collègues anglo-saxons. Plusieurs raisons étaient avancées :

- l'organisation des soins primaires (notamment paiement à l'acte) ;
- une culture médicale autour de la relation duale médecin patient ;
- la trop récente prise de conscience du problème démographique et économique médical ;
- la démographie infirmière défavorable ;
- l'absence de cadre législatif ;
- l'absence de cadre autour de la formation de nouveaux professionnels acceptant de nouvelles missions ;
- l'absence de formation des médecins à la fonction de supervision indispensable.

Autant dire qu'il persiste encore de nombreux freins à une généralisation de la délégation de tâches et de compétences. La motivation des professionnels de santé sera-t-elle suffisante pour contrer ces réticences ?

Un sujet plus que jamais d'actualité

Quoi qu'il en soit, d'ici quelques mois, des changements devraient rapidement voir le jour. En effet, depuis le début de l'année, une nouvelle mission⁽⁷⁾ sur ce sujet brûlant a été confiée à la HAS, en collaboration avec l'ONDPS. Celle-ci s'appuiera non seulement sur l'évaluation de 11 nouvelles expérimentations françaises qui devraient permettre d'apporter les éléments indispensables à une réflexion plus générale, notamment en ce qui concerne les questions organisationnelles et humaines, mais aussi sur l'enseignement des expériences étrangères. Au cours de cette mission, trois groupes de travail ont également été constitués afin d'étudier les aspects réglementaires et juridiques, les aspects financiers et économiques et enfin la formation professionnelle. S'agissant des principaux problèmes liés à ce nouveau mode d'exercice, les résultats devraient permettre d'avancer à grand pas dans ce dossier. Par ailleurs, une large concertation publique devrait être effectuée de manière à répondre plus précisément aux préoccupations de l'ensemble des professionnels de santé concernés. À l'issue de cette mission, dont les résultats sont attendus pour la fin 2007, nous devrions avoir plus de précisions

en ce qui concerne les conditions de la coopération telles que la définition des rôles, des identités et des responsabilités de chacun mais aussi les évolutions réglementaires et professionnelles indispensables: reconnaissance de la délégation ou du transfert de tâches mais aussi création éventuelle de nouveaux métiers dans le paysage sanitaire français.

La délégation de tâches et de compétences et par là même la redéfinition des contours des métiers de la santé semble donc inéluctable dans un futur proche afin de résoudre, du moins en partie, les problèmes de démographie médicale. Encore faut-il que toutes les réticences actuelles puissent être levées grâce aux travaux actuellement en cours... Seul l'avenir nous le dira.

Quelques définitions

• **Délégation de tâches:** délégation de certains actes qui relèvent habituellement d'une certaine catégorie de professionnels de santé à une autre catégorie. Les professionnels qui délèguent gardent alors la responsabilité des actes délégués, ce qui implique dans ce schéma une coopération optimale entre les différents protagonistes.

• **Transfert de compétences:** déplacement des actes de soins d'un corps professionnel à un autre. Les activités seraient alors confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux seraient donc autonomes dans la décision et la réalisation de ces actes.

• **Compétences:** combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation.

L'essentiel

• **Les expériences étrangères de délégation de tâches et de compétences dans le cadre des soins primaires ont d'ores et déjà prouvé la faisabilité et l'efficacité de telles pratiques.**

• **Les expérimentations françaises actuellement en cours suscitent des perspectives intéressantes, notamment dans le cadre de la prise en charge des pathologies chroniques.**

• **De nombreux problèmes sont encore à résoudre : réglementaires et juridiques, financiers mais aussi au niveau de la formation professionnelle.**

• **Une mission menée par la HAS aboutira fin 2007 à une recommandation visant à clarifier les conditions de coopération et à identifier les évolutions nécessaires dans le domaine de la santé.**

NOTES

1. Berland Y. : « Mission démographie des professions de santé ». Rapport ministériel. Novembre 2002.

2. Berland Y. : « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences ». Rapport ministériel. Octobre 2003.

3. Midy F. : « Efficacité et efficience du partage de compétences dans le secteur des soins primaires : revue de la littérature de 1970 à 2002 ». Rapport CREDES. Octobre 2003.

4. Bourgueil Y., Marek A., Mousques J. : « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec ». Rapport IRDES. Octobre 2005.

5. Berland Y., Bourgueil Y. : « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé ». Rapport ONDPS. Juin 2006.

6. URML Rhône- Alpes : « Étude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes ». CAREPS. Février 2005.

7. HAS: « Délégation, transfert, nouveaux métiers... : conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ». Rapport d'étape. Janvier 2007.

