D. DISCUSSION

1. Limites et points forts de l'étude

1.1. Biais et points négatifs

1.1.1. Type d'étude

Les études analytiques permettent d'obtenir des positions argumentées de la part des participants mais malheureusement **pas d'aboutir à des résultats statistiquement significatifs** étant donné le petit nombre de personnes incluses dans l'étude.

1.1.2. Constitution des groupes

Le fait d'avoir choisi comme **personnes ressources des généralistes enseignants** constitue un premier biais puisque ceux-ci ne sont guère représentatifs de la majorité des médecins généralistes, moins impliqués dans la vie universitaire et professionnelle.

Le fait d'avoir choisi des **groupes naturels d'interconnaissance** a permis sans doute d'obtenir un meilleur taux de participation ainsi qu'une dynamique plus spontanée lors de l'entretien mais a probablement eu pour conséquence d'empêcher certaines « révélations » qui auraient pu choquer leurs confrères.

Le fait d'avoir choisi des groupes avec certains profils bien particuliers, tels que l'exercice en maison médicale par exemple, a abouti à un **recrutement très spécifique** et par conséquent biaisé avec des caractéristiques parfois très différentes de la moyenne nationale. (*cf. chapitre 2.*)

Le fait d'avoir du **reprogrammer deux des focus groups** à une date ultérieure pour raisons de santé a modifié la constitution des groupes préalablement établis puisque certains médecins motivés par l'expérience n'ont malheureusement pas pu se libérer à la nouvelle date.

1.1.3. Absence de données concernant l'opinion des infirmières

Une autre limite de notre étude est le fait de n'avoir **pas pu enquêter auprès des infirmières** issues des mêmes secteurs que les médecins interrogés afin de recueillir leur opinion sur le sujet, la délégation de certaines tâches ne pouvant être réalisée sans leur participation. Il serait d'ailleurs très intéressant d'effectuer un travail similaire auprès des infirmières libérales afin de compléter notre étude.

1.1.4. Interprétation des résultats

Ce biais est difficilement quantifiable mais inévitable. Pour l'analyse, la retranscription des entretiens et la mise en forme des résultats nous ont permis de rester les plus objectifs possibles mais l'interprétation n'en reste pas moins subjective. C'est pourquoi nous avons mis en annexe l'ensemble des entretiens retranscrits in extenso pour que chacun puisse s'y référer en cas de besoin.

1.2. Points forts

Nous avons choisi d'effectuer ce travail de recherche car la délégation de tâches et de compétences est un **sujet d'actualité important** dans le contexte démographique actuel, comme l'atteste d'ailleurs la mission de la HAS **(12)** dont les conclusions sont attendues pour la fin d'année.

Etant donné que très peu d'études se sont intéressées à **l'opinion des principaux concernés**, médecins et professionnels paramédicaux, nous avons voulu centrer notre travail plus particulièrement sur cet aspect. C'est ce qui fait l'intérêt majeur de notre travail.

En appréhendant les réticences qui sont les leurs par rapport à ce tout nouveau mode d'exercice, nous avons ainsi pu élaborer **des pistes de réflexion afin de lever les principaux freins** qui empêchent les médecins généralistes d'adhérer totalement à ce projet.

L'intérêt de notre **étude analytique par focus group**, par rapport à une étude quantitative classique, est de pouvoir mettre en évidence des éléments conflictuels

intéressants grâce aux interactions provoquées au sein du groupe (ex. problèmes financiers) et ainsi connaître les **motivations profondes et pas toujours conscientes** qui les animent.

Grâce aux trois groupes que nous avons constitués, nous avons ainsi pu interroger des **médecins d'horizons très variés**, avec des types d'exercice et des secteurs d'activités divers, et voir par la même si leur profil divergent pouvait influencer leurs réponses.

Au total, nous avons contacté 36 médecins généralistes et obtenu un **taux de participation final égal à 50%**, ce qui est plutôt **satisfaisant compte tenu des contraintes** qu'impose ce type d'étude, à savoir convoquer les médecins à une date unique, dans un lieu précis et ce pour une soirée entière, en dehors de leur planning de travail habituel.

Les médecins présents se sont révélés **très motivés**, ce qui a permis une bonne dynamique au sein des groupes. Toutes les problématiques figurant dans le guide d'entretien ont ainsi pu être abordées, ce qui nous permet de discuter de nombreuses données.

2. Caractéristiques des groupes par rapport à la moyenne nationale

Rappelons que les 3 groupes ont des profils bien différents :
- dans le groupe de Pagney / Pesmes, les médecins exercent tous en **maison médicale** et dans un **secteur rural** ;
- le groupe de Pont de Roide / Saint Hippolyte est constitué de médecins exerçant à 50/50 en secteur **rural et semi rural**, et majoritairement en groupe (67%) ;
- dans le groupe d'Audincourt, les médecins ont un **exercice de ville**, pour la moitié en groupe, l'autre moitié exerçant de manière isolée.

2.1. Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants

Afin de compléter ces profils, précisons que la situation démographique locorégionale, représentée par la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants, est très variable d'un groupe à un autre **(29)** :
- pour le groupe de **Pagney / Pesmes**, elle est de 73,2 pour le canton de Pagney (Montmirey le Château) et 104,1 pour le canton de Pesmes, avec une densité moyenne sur le secteur de garde de **88,6** ;

- pour le groupe de **Pont de Roide / Saint Hippolyte**, elle est de 92,4 pour le canton de Pont de Roide et de 46,3 pour le canton de Saint Hippolyte (classé en zone blanche prioritaire), avec une densité moyenne sur le secteur de garde de **69,4**.
- pour le groupe d'**Audincourt**, la densité pour 100 000 habitants est de **111,5**.

A l'exception du dernier groupe, les médecins interrogés exercent tous dans des zones où **la densité est bien inférieure à la moyenne** : 112 en France et 107 en Franche-Comté **(8, 9).** Il s'agit donc de secteurs directement concernés par les problématiques démographiques.

2.2. Type d'exercice et de secteur

Au total, **72% des médecins interrogés exercent à plusieurs, dont 33% dans le cadre de maisons médicales pluridisciplinaires**, alors qu'au niveau national **(30)**, seulement 30,1% des médecins ont un exercice de groupe et 16% au sein de groupes pluridisciplinaires. Cette différence significative avec la moyenne nationale sera à garder en mémoire dans la suite de notre discussion.

Par ailleurs, dans notre étude, **67% des médecins exercent en milieu rural ou semi rural** contre seulement 33% en ville.

2.3. Principales caractéristiques démographiques

L'âge moyen est de 49 ans alors qu'il est de 48 ans au niveau national **(3)**.

La féminisation est de 33%, ce qui est inférieur à la moyenne nationale qui est de 39,9%. La différence s'explique par une composition exclusivement masculine dans le groupe de Pont de Roide alors que les 2 autres groupes étaient constitués pour moitié de femmes médecins.

La durée d'exercice moyenne est de 18 ans, avec une durée plus courte (15 ans) pour les médecins exerçant en maison médicale.

2.4. Autres caractéristiques

En ce qui concerne plus particulièrement leur exercice,

- **78% ont une activité de médecine générale exclusive** pour 77,8% au niveau national, avec un exercice mixte davantage représenté chez les médecins exerçant en maison médicale ;
- **39% ont des compétences particulières** contre 15,6% pour la France entière, ce qui représente plus du double ;
- **le travail hebdomadaire moyen est de 48 heures**, avec une activité plus importante (51 heures) chez les médecins de ville, exerçant davantage de manière isolée.

Enfin, signalons que **39% sont maîtres de stage** avec un taux record de 67% pour le groupe de Pagney / Pesmes, **94% participent à des FMC** ce qui est très élevé par rapport à la moyenne nationale, **28% sont syndiqués** avec un taux de 50% dans le groupe de Pagney / Pesmes, **11% sont élus politiques locaux** et aucun n'est membre du CDOM.

En conclusion, mis à part nos 2 critères communs : secteur (rural, semi rural, urbain) et mode d'exercice (maison médicale, groupe, seul) qui sont différents de fait, par rapport à la moyenne nationale, notre échantillonnage est caractérisé par :

- une **densité de médecins généralistes très inférieure** à la moyenne nationale et régionale ;
- une **féminisation légèrement inférieure** à la moyenne nationale ;
- un **taux de compétences particulières supérieur** sans qu'on puisse pour autant évaluer réellement le retentissement sur l'activité de médecine générale ;
- des **médecins plutôt investis dans leur métier** par rapport à la moyenne nationale, que ce soit à la fois au niveau universitaire (maîtres de stage) mais aussi au niveau professionnel (FMC, adhésion à un syndicat professionnel), et donc probablement **plus disposés à déléguer** que leurs confrères si on tient compte des résultats obtenus dans l'étude de Christophe Paul **(21).**

3. Questions générales

3.1. Réflexion antérieure sur le sujet

Pour la plupart des médecins interrogés, il s'agit d'un sujet auquel ils ne se sont jamais vraiment intéressés. Seuls les médecins exerçant au sein de maisons médicales pluridisciplinaires déclarent avoir déjà réfléchi à la problématique de délégation de tâches et de compétences, notamment sous l'impulsion de certains impliqués dans la création d'une association régionale de maisons médicales. **Il semble donc que les médecins ayant déjà pour habitude de travailler étroitement avec les infirmières de leur secteur, au sein d'un lieu unique, soient davantage sensibilisés à la problématique.**

Ces résultats sont d'ailleurs comparables avec les résultats de l'étude réalisée en Normandie et en Picardie **(21)** puisque les médecins interrogés exerçant exclusivement en maisons médicales pluridisciplinaires l'avaient déjà évoqué dans 68% des cas.

3.2. Besoins des médecins

Etant donné qu'un des objectifs de ce nouveau mode d'exercice est de permettre aux médecins de pouvoir se recentrer sur des activités spécifiques en déléguant certaines tâches qui ne relèvent pas de leurs compétences **(1),** nous avons cherché à savoir si les besoins des médecins interrogés étaient bien réels.

Ainsi, la plupart des médecins, quel que soit leur type d'exercice, avoue effectuer quotidiennement des actes simples mais chronophages, ce qui empiète sur le temps qu'ils pourraient consacrer à d'autres actes plus « médicaux ».

Qu'il s'agisse de **gestes techniques** (prises de sang, réfections de pansements, vaccins) ou encore de **tâches administratives**, ils citent volontiers ces actes qui leur prennent beaucoup de temps et qui ne relèvent pas forcément de leurs compétences. Une plainte quasi-unanime, notamment pour les médecins exerçant dans les zones les plus critiques en terme de démographie médicale, concerne d'ailleurs la « paperasserie » qui n'a eu de cesse de croître ces dernières années alors que paradoxalement la densité de médecins généralistes diminuait. Ces tâches administratives semblent être les actes qui pèsent le plus dans leur activité

quotidienne. Cependant, celles-ci relèvent davantage du rôle des secrétaires médicales que de celui des professionnels paramédicaux. Il serait donc **irrationnel d'imaginer que ces tâches puissent faire l'objet d'une délégation envers les infirmières**, la réponse à cette surcharge administrative se situant à un autre niveau.

Peut-être serait-il alors utile d'imaginer, en parallèle avec la délégation de tâches envers les infirmières libérales, un **renforcement du rôle des secrétaires médicales au sein des cabinets,** afin de répondre plus précisément à ce besoin. Cette démarche étant forcément corrélée à la création d'emplois de secrétaires dans les cabinets qui en sont actuellement dépourvus, **des aides matérielles doivent être apportées aux médecins** qui désirent embaucher une secrétaire et qui n'en ont malheureusement pas les moyens. En effet, n'oublions pas que le regroupement au sein de cabinets de groupe ou de maisons médicales facilitant de telles démarches ne concerne pour l'instant qu'un tiers des médecins généralistes!

D'ailleurs, **les besoins des médecins exerçant en maison médicale** semblent quelque peu différents des autres puisqu'au cours de l'entretien, ce ne sont pas les tâches administratives qui semblent leur prendre le plus de temps, la preuve s'il en fallait une que leurs secrétaires remplissent d'ores et déjà une partie de ce travail laborieux. Les actes qu'ils citent sont plus d'ordre médical et appartiennent au vaste champ de la **promotion de la santé** (éducation thérapeutique, dépistage, prévention). Néanmoins, bien qu'ils reconnaissent que ces tâches sont chronophages et qu'ils manquent parfois de formation, ils se refusent pour autant à les exclure de leur champ de compétences car ils estiment que **ces actes découlent directement de leur fonction de médecin généraliste.**

Qui plus est, si on leur demande précisément s'ils désirent **avoir plus de temps à consacrer aux « actes médicaux »** proprement dits, ce qui supposerait inévitablement pour cela de déléguer certaines tâches, les réponses sont loin d'être unanimes. En effet, un tiers des médecins interrogés déclare même ne pas ressentir le moindre besoin au jour d'aujourd'hui puisqu'ils parviennent sans trop de difficultés à répondre à l'ensemble des demandes de soins. Les médecins les **moins demandeurs exercent plutôt en zone urbaine de forte densité médicale**, alors que les médecins travaillant dans les zones rurales plus critiques en terme de démographie médicale expriment des besoins plus importants, ce qui s'avère plutôt logique.

Cette **hétérogénéité dans les besoins**, que ce soit en fonction du mode d'exercice ou bien encore de la densité médicale, soulève ainsi une question fondamentale : **la délégation de certaines tâches ou compétences doit-elle être développée de manière similaire sur tout le territoire ou ne doit-elle pas être modulable en fonction des situations démographiques locorégionales ?**

3.3. Coopération actuelle entre médecins et infirmières

Pour l'ensemble des médecins interrogés, les **relations avec les infirmières du secteur sont très bonnes**. Le rapport de confiance est souvent excellent et les infirmières s'avèrent plutôt compétentes.

Signalons que la collaboration est **plus étroite** lorsque les professionnels médicaux et paramédicaux exercent au sein d'une **maison médicale pluridisciplinaire** et un peu plus compliquée quand les infirmières appartiennent à un centre de soins du fait de la multiplicité des intervenants lors de la prise en charge d'un même patient. En dépit de ces quelques difficultés, la communication entre professionnels reste très satisfaisante grâce à l'utilisation de cahiers de liaison par exemple.

Les médecins interrogés déclarent effectuer d'ores et déjà une certaine forme de délégation pour de nombreux actes : la **surveillance** thérapeutique, les **soins locaux**, certains **actes techniques** (vaccinations, démonstration pour l'utilisation de certains appareils) et certaines **tâches administratives**.

Curieusement, ce sont les médecins exerçant en maison médicale qui reconnaissent déléguer le moins. Cependant, il serait imprudent d'en tirer des conclusions hâtives puisque **certains des actes cités** par « les médecins qui délèguent » appartiennent en réalité au **champ de compétences officiel des infirmières** (*cf. annexe 2*).

La seule conclusion que nous pouvons donc en tirer est qu'il persiste toujours une certaine méconnaissance des compétences de chacun, ce qui confirme **le cloisonnement important du monde médical** évoqué dés 2002 dans la mission Berland **(1).** Avant de commencer à déléguer, peut-être serait-il judicieux de **développer au préalable les échanges entre professionnels**, afin de permettre une meilleure connaissance de l'autre…

4. Opinion des médecins sur la délégation de tâches

4.1. Motivation initiale

La plupart des médecins interrogés se déclarent **favorables à la délégation** de certaines tâches même si, comme nous l'avons vu précédemment, ils ne ressentent pas pour autant le besoin de déléguer dans leur activité de tous les jours. Leur motivation principale est l'amélioration de la prise en charge que pourrait apporter ce nouveau mode d'exercice à leurs patients et non le gain de temps qui pourrait éventuellement en résulter.

Ils envisagent plus **une délégation envers des infirmières** qui auraient été formées spécifiquement qu'à d'autres professionnels de santé. Ils se révèlent par exemple plutôt hostiles à une délégation aux pharmaciens, le débat sur la « consultation du pharmacien » ayant déclenché une polémique il y a quelques mois !

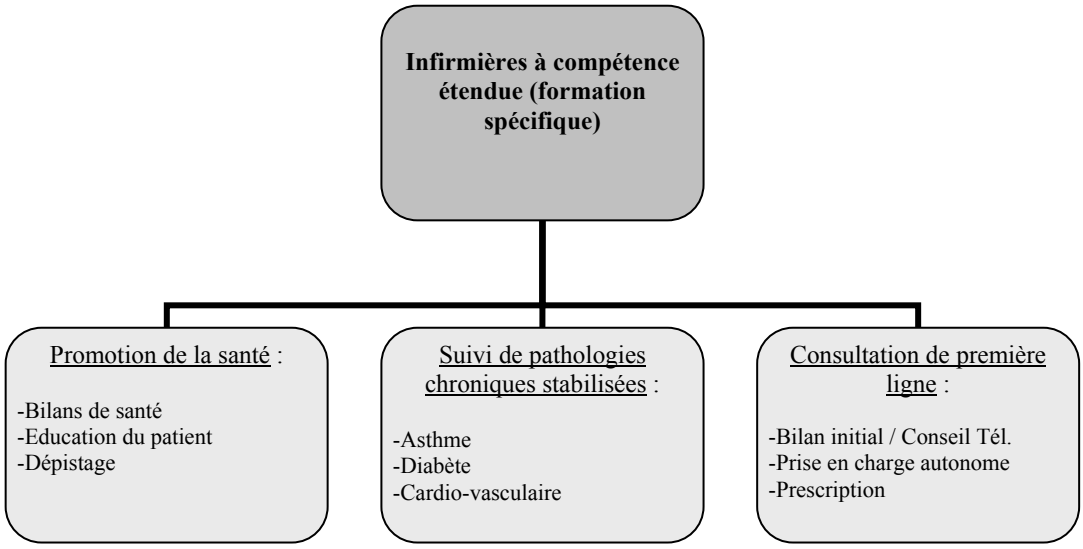
Il n'existe pas à priori de différence flagrante entre les groupes, en ce qui concerne leur motivation, même si **les médecins de ville émettent un peu plus de réserves et semblent un peu moins enthousiastes que les médecins ruraux exerçant en maison médicale** pluridisciplinaire. Les médecins qui émettent des réserves préfèrent parler d'une évolution des métiers : améliorer les pratiques actuelles, créer de nouvelles tâches inexistantes ou encore élargir le champ de compétences des infirmières dans leurs fonctions quotidiennes.

Ces résultats s'avèrent ainsi tout à fait comparables à ceux obtenus par Christophe Paul en 2006 **(21),** et qui confirment que les médecins français sont dans l'ensemble **prêts à déléguer certains actes même s'ils semblent plus réticents que leurs homologues anglo-saxons.** Ainsi, pour 89% des médecins interrogés au cours de son étude, moins de 20% de leurs consultations quotidiennes étaient éventuellement délégables à d'autres professionnels alors que deux études anglaises récentes **(31, 32)** rapportent des proportions bien supérieures se situant entre 20 et 50% de leur activité quotidienne.

Si on tient compte du fait qu'une des caractéristiques principales du système anglais est l'exercice quasi-exclusif au sein de structures communes, il apparaît tout à fait logique que dans notre étude, ce soit **les médecins exerçant déjà au sein de maisons médicales qui soient les plus enclins à développer de telles mesures.**

4.2. Actes délégables

Afin de faciliter notre analyse et pouvoir comparer plus aisément les résultats obtenus avec ceux de l'étude statistique de Christophe Paul **(21)**, nous avons choisi de hiérarchiser les réponses selon 3 items : **promotion de la santé, suivi de pathologies chroniques stabilisées et consultations de première ligne.** Ces items correspondent aux principales activités investies par les infirmières dans les soins primaires en Europe et au Canada **(33).**



A partir de Sibbald 2000 ***(34)***

4.2.1. Promotion de la santé

En ce qui concerne **les actes de prévention et de dépistage collectifs**, les médecins interrogés envisagent complètement la délégation de tâches, **à l'exception peut-être du frottis cervico-vaginal** qui pour certains ne saurait être réalisé en dehors d'un examen gynécologique complet effectué par un médecin. Ils ne sont d'ailleurs que 55% à être d'accord pour la délégation des frottis dans l'étude de Christophe Paul **(21)** alors que les chiffres atteignent 76,5% pour le dépistage du cancer du sein et 86% pour le cancer du colon, ce qui confirme nos propres résultats. Les raisons évoquées ne portent pas sur la qualité du frottis, comme le confirme une étude canadienne **(34)** réalisée en 1996, mais sur l'intérêt d'un examen gynécologique associé pour le diagnostic d'autres problèmes gynécologiques.

Par ailleurs, l'ensemble des médecins de notre étude se déclare prêt à déléguer la plupart des **vaccinations**. Ils étaient d'accord à 87% dans l'étude statistique de 2006 **(21).** D'ailleurs, cette forme de délégation devrait être effective dans un avenir très proche, les modalités pratiques étant actuellement en cours de discussion dans le cadre du PLFSS 2008.

Pour ce qui est de **l'éducation thérapeutique et de la prévention individuelle** (conseils diététiques par exemple), bien que certains médecins considèrent qu'il s'agit d'une de leurs missions prioritaires, la plupart préfèrerait déléguer à des professionnels plus compétents et disposant de plus de temps. Dans l'étude de Christophe Paul **(21)**, 94,5% des médecins interrogés envisageaient de déléguer ce type d'actes ! Ces résultats témoignent ainsi du **sentiment d'inefficacité que ressent une grande majorité des médecins dans ce cadre précis**. Ce sentiment est d'ailleurs confirmé par une enquête réalisée pour le CFES en 1999 **(35)** où moins de 10% des médecins interrogés se percevaient « très efficaces » dans le domaine de l'alimentation, de l'exercice physique, du tabagisme ou de l'alcoolisme. La proportion de ceux se sentant « assez efficaces » variant de 58% pour les habitudes alimentaires à seulement 26% pour la consommation d'alcool.

4.2.2. Suivi de pathologies chroniques stabilisées

En ce qui concerne les pathologies chroniques, les médecins interrogés envisagent également de déléguer un grand nombre de tâches :
- **surveillance** glycémique, biologique (TP-INR, TCA), tensionnelle et de la douleur ;
- **surveillance et adaptation thérapeutique** (insuline, anticoagulants) ;
- **soins locaux** (ulcères et plaies) avec **prescription du matériel** nécessaire aux pansements ;
- **actes techniques** divers (ex. changement de canule).

Nos médecins considèrent que pour ce type de pathologies, les infirmières pourraient leur être d'un grand soutien. Ils leur confient déjà beaucoup de responsabilités dans la prise en charge des patients chroniques et seraient prêts à **renforcer encore davantage leur coopération**. Dans notre étude de comparaison **(21),** les mêmes résultats ont pu être observés, avec un taux variant de 52 à 64% en fonction du type de patient concerné.

4.2.3. Consultations de première ligne

Ces consultations posent par contre davantage de problèmes aux médecins que nous avons interrogés. Ils envisagent aisément de **déléguer certains gestes simples** (sutures, pansements, désensibilisations, peser et mesurer les nourrissons) mais s'avèrent plutôt **opposés à tout le reste**, de la régulation téléphonique à l'examen du nourrisson, en passant par la prise en charge de pathologies aigues bénignes ou une prescription médicamenteuse étendue.

Si on compare ces données avec celles de Christophe Paul **(21)**, on retrouve à peu près les mêmes résultats (64% contre la prise en charge de pathologies banales et 60% contre la prescription infirmière) à la différence près que 74,5% des médecins se déclarent en faveur d'une délégation de la **régulation téléphonique.** Dans notre étude, les médecins s'y **opposent majoritairement**, évoquant surtout un problème de responsabilité.

4.3. Conditions sine qua non

Comme nous l'avons vu précédemment, certains médecins s'avèrent réservés alors que d'autres sont beaucoup plus enthousiastes. Néanmoins, l'ensemble des médecins interrogés, quel que soit leur degré de motivation, énumère spontanément des préalables indispensables à toute forme de délégation :

- une formation des infirmières approfondie et spécifique apparaît essentielle pour l'ensemble des médecins, ce qui confirme les résultats de la thèse de Christophe Paul **(21)** où il s'agissait d'un critère fondamental pour le recrutement d'une infirmière à « compétence élargie » ;

- **la mise en place de protocoles précis et standardisés** afin d'encadrer au maximum les activités déléguées aux infirmières ;

- une coopération étroite au sein d'**un lieu unique**, avec des moments d'échanges privilégiés, en accord avec les conclusions du rapport sur la coopération des professions de santé **(11)** ;

- **une coordination optimale** avec une synthèse des informations effectuée par le médecin généraliste qui doit nécessairement rester au centre du processus ;

- **une application au cas par cas** en fonction de la situation démographique locorégionale mais aussi des desiderata de chacun est souhaitée par certains même si pour d'autres médecins, c'est l'intérêt des patients qui doit primer sur les désirs individuels ;

- la mise en place d'**une responsabilité partagée** entre infirmières et médecins, ces derniers ne désirant pas être seuls responsables des actes délégués, ce qui diffère des propositions du rapport Berland **(11)** ;
- **une modification du mode de rémunération actuel**, sujet que nous développerons plus amplement par la suite.

5. Obstacles à la délégation de tâches

5.1. Non prise de conscience de l'urgence de la situation

Le premier obstacle est lié à la trop récente prise de conscience du problème de démographie médicale par les médecins généralistes. En effet, plusieurs médecins interrogés considèrent qu'il est encore **trop tôt pour s'inquiéter** d'une éventuelle pénurie de l'offre de soins. Non conscients de l'urgence de la situation, notamment à l'échelon locorégional, ces derniers ne voient par conséquent aucun intérêt à réfléchir dès aujourd'hui à des mesures palliatives telles que la délégation de tâches et de compétences.

Cette remarque avait également été soulevée à l'issue de la thèse de Christophe Paul **(21),** ce qui prouve qu'il ne s'agit pas d'un problème accessoire et qu'il est nécessaire de le prendre en considération et de tirer les conclusions qui s'imposent, en envisageant par exemple de **renforcer les campagnes d'information auprès des professionnels de santé.**

Par ailleurs, ce qui apparait le plus surprenant dans notre étude, c'est que les quelques médecins à l'origine de ces remarques exercent **tous dans des zones rurales**, plutôt concernées par le manque de médecins. On aurait pourtant imaginé que de tels propos soient plutôt formulés par des généralistes exerçant en zone urbaine, où la densité médicale y est plus forte, or aucun des médecins du groupe d'Audincourt n'a mis en avant de tels arguments.

Est-ce parce **leur mode d'exercice, majoritairement en maison médicale ou au sein de cabinets de groupe, suffit à atténuer les difficultés du terrain** ? Quoi qu'il en soit, ces quelques médecins ne ressentent aucun besoin à déléguer dans un futur proche, estimant qu'ils devraient être en mesure de répondre sans trop de difficultés à la demande de soins.

5.2. Problèmes matériels

Ces problèmes constituent un frein majeur au développement du processus de délégation de tâches pour la plupart des médecins interrogés puisqu'ils ont été évoqués dans chacun des trois groupes.

5.2.1. Manque de temps

Certains médecins craignent de **manquer de temps pour coordonner de manière optimale les activités déléguées**. Ils redoutent ainsi que leur fonction de supervision ne leur fasse perdre du temps au lieu d'en gagner. Dans notre étude quantitative de référence **(21),** 58,4% des médecins interrogés estiment que le temps passé à superviser les activités effectuées par les infirmières constitue en soit un problème, peut-être par le fait que les médecins ne sont pas formés à cette fonction. **Une formation spécifique à ces toutes nouvelles fonctions** apparait donc indispensable.

5.2.2. Problèmes logistiques

Pour d'autres médecins, ce sont les problèmes logistiques qui représentent un frein. Ils considèrent, comme nous l'avons déjà vu, qu'une délégation de tâches ne peut s'envisager sereinement qu'au sein d'un lieu unique, permettant des échanges plus faciles entre professionnels de santé. Or, les médecins **ne disposent pas toujours des locaux** nécessaires à cette coopération étroite, les deux tiers ayant un exercice isolé **(30)**. Il s'agit d'ailleurs d'un obstacle évident pour 31,3% des médecins étudiés dans le cadre de la thèse de Christophe Paul **(21). Des incitations financières et fiscales** à la création de maisons médicales pluridisciplinaires mais aussi au regroupement des médecins déjà installés apparaissent plus que jamais indispensables.

5.3. Evolution radicale du métier de médecin généraliste et de la prise en charge des patients en soins primaires

Il s'agit d'une préoccupation fondamentale pour l'ensemble des médecins de notre étude, même pour les plus motivés qui sont prêts à s'investir pleinement dans ce nouveau mode d'exercice.

5.3.1. Evolution du métier

En ce qui concerne leur métier d'une manière générale, les craintes sont à la fois multiples et très individuelles :

- peur de voir **évoluer le rythme des consultations** pour quelques médecins. Ils craignent d'être amenés à effectuer uniquement des actes compliqués, les plus simples ayant été délégués à d'autres professionnels, or l'alternance de ces différents types de tâches leur permet d'équilibrer leur activité quotidienne. C'est un problème pour seulement 28,3% des médecins interrogés en Normandie et Picardie **(21)** ;
- peur d'une **dépréciation du métier de médecin généraliste,** liée à la perte de certaines missions qui lui sont habituellement dévolues, évoquée par un seul médecin alors qu'il s'agit d'une crainte pour 22,8% des médecins interrogés dans le cadre de l'étude de Christophe Paul **(21);**
- peur d'une certaine **monotonie** évoquée par un intervenant si les médecins délèguent tous les actes techniques ;
- peur de devoir remplir des **formulaires compliqués** dans le cadre d'une démarche protocolisée et d'occuper le temps dégagé par la délégation à faire encore plus de tâches administratives ;
- peur que **la coordination ne soit compliquée** à mettre en place.

L'expression de ces craintes témoigne de **la peur de l'inconnu**, peur légitime pour des médecins qui ont acquis un certain nombre d'habitudes au cours de leur exercice et qui n'ont pas été formés à ces nouvelles pratiques, ce qui justifie une fois de plus qu'une **formation adéquate** est indispensable.

5.3.2. Evolution de la prise en charge

Par contre, de manière assez consensuelle, l'ensemble des médecins craint de **ne plus pouvoir être en mesure de prendre en charge le patient de façon globale**, ce qui caractérise actuellement la mission principale du médecin généraliste. A leurs yeux, la multiplication des intervenants autour d'un même patient risque de **déshumaniser la médecine générale** en « découpant le patient en morceaux » au même titre que les spécialistes d'organes. La moitié des médecins interrogés expriment les mêmes craintes dans l'étude quantitative de référence **(21)**. Dans notre étude, on constate également qu'ils redoutent une **remise en cause de la relation privilégiée médecin/malade** basée sur la confiance et la liberté de choix.

Ces craintes légitimes sont motivées dans l'intérêt du patient et doivent être nécessairement prises en compte si on veut faire adhérer les médecins généralistes à la délégation de tâches et de compétences. Pour cela, certaines **conditions sine qua non** sont à nouveau requises :

- un exercice au sein d'un **lieu unique** afin de favoriser les échanges ;
- une coordination optimale **supervisée obligatoirement par le médecin généraliste** ;
- le respect du libre choix **pour le patient de pouvoir accéder directement au médecin** généraliste et à la relation individualisée qu'il a instaurée avec lui.

5.4. Problématiques de la profession infirmière

Différents problèmes directement liés aux caractéristiques de la profession infirmière constituent des freins pour les médecins généralistes interrogés.

5.4.1. Pénurie et manque de motivation des infirmières

Comme nous l'avons vu dans notre préambule, la démographie nationale des infirmières **(7)** est loin d'être idéale et ce constat est encore plus fragrant dans notre région **(8, 9).** Ainsi, pour tous les médecins interrogés, si on désire déléguer un certain nombre de tâches à des infirmières libérales, il est primordial de tenir compte de cette réalité. En effet, étant donnée leur charge de travail actuelle, il apparait **difficile de leur demander d'effectuer des activités supplémentaires sans parallèlement leur libérer du temps**.

Qui plus est, certains médecins laissent planer un doute sur les motivations des infirmières : ont-elles réellement la **volonté de se voir attribuer des tâches nouvelles** habituellement dévolues aux médecins généralistes ? Rien n'est certain même si certaines expérimentations récentes semblent prouver le contraire. Dans le cadre du projet ASALEE par exemple **(19),** les infirmières exprimaient leur désir de poursuivre et d'élargir leur champ d'action, à l'issue de l'expérimentation.

Il semble donc primordial de **recueillir largement leur opinion** sur le sujet avant de mettre en place toute forme de délégation. Parallèlement, il apparait judicieux de réfléchir à des solutions concrètes permettant à ses dernières de se libérer du temps, en **déléguant par exemple une partie de leur activité à d'autres professionnels** paramédicaux.

5.4.2. Financement des infirmières

Dans l'étude réalisée en 2006 par Christophe Paul **(21**), le financement de l'infirmière pose problème dans 76,2% des cas. Or, dans notre étude, **aucun des médecins interrogés n'évoque spontanément** cet aspect comme problématique.

Il semble que cela devienne plus évident au stade de l'expérimentation **(19),** l'installation d'une infirmière salariée au sein du cabinet posant le même problème que la cohabitation de professionnels aux rémunérations différentes et devant supporter des charges communes.

Néanmoins, quand on leur demande leur avis sur ce point, certains des médecins de nos focus groups déclarent simplement qu'il faut envisager **un mode de rémunération adapté à leurs nouvelles fonctions.** Le financement des infirmières pourrait ainsi avoir plusieurs sources **(21)** : les médecins eux-mêmes, les collectivités locales ou encore l'assurance maladie. **Des réflexions plus élaborées** sur ce problème doivent être débutées dans les plus brefs délais si on veut trouver le mode de financement le plus adapté.

5.4.3. Recrutement d'infirmières compétentes

Une autre difficulté pour tous nos médecins réside dans le recrutement d'infirmières ayant les capacités nécessaires pour pouvoir remplir ces nouvelles fonctions. C'est également un problème pour 53,5% des généralistes interrogés en 2006 **(21).** La plupart des médecins de notre étude n'envisage pas de pouvoir déléguer aux infirmières dans l'état actuel de leurs compétences, **une formation complémentaire** s'avérant indispensable. Pour les médecins qui ont le plus réfléchi à la délégation de tâches, il serait même judicieux de créer **une nouvelle profession intermédiaire** formée spécifiquement à ces nouvelles fonctions.

5.4.4. Peur d'une prise en charge moins efficiente

De nombreux médecins interrogés, et ce quel que soit leur profil, expriment la crainte qu'en **déléguant à des infirmières insuffisamment formées, la prise en charge ne soit pas optimale** et entraine des conséquences négatives pour la santé de leurs patients. Certains citent notamment l'exemple de la régulation téléphonique car ils craignent que les infirmières ne soient pas en mesure de remplir cette fonction sans mettre en danger les patients qui appellent. Cet avis n'est cependant pas consensuel. En effet, quelques médecins qui confient actuellement une grande partie de cette activité à leurs secrétaires, notamment au sein des maisons médicales, pensent au contraire que si ce sont des infirmières formées qui régulent les appels, la prise de risque sera moindre.

Différentes études **(16, 36)** abondent d'ailleurs dans le sens qu'il existerait même **une amélioration de la prise en charge** chez les patients suivis régulièrement par des infirmières. Ces derniers s'estiment même souvent plus satisfaits que lorsqu'ils étaient suivis exclusivement par leurs médecins généralistes. En ce qui concerne le diabète par exemple, l'étude américaine de Nagykaldi **(37)** a montré qu'une assistante formée spécifiquement et équipée d'un outil informatique adapté, avec un accès aux dossiers médicaux des patients, améliorait de manière significative le suivi des référentiels et donc la prise en charge globale des patients diabétiques. Dans le cadre du projet ASALEE **(19),** les résultats sont similaires avec une meilleure réalisation des recommandations de l'ANAES.

Afin de gagner la confiance des médecins qui doutent encore de leurs capacités, la **qualité de la formation des infirmières** se révèle donc encore une fois primordiale.

5.5. Problème de responsabilité

Il s'agit du problème primordial pour les médecins inclus dans l'étude de Christophe Paul **(21)** qui l'évoquent dans 81,2% des cas. Dans notre travail, il est évoqué très rapidement dans deux des groupes et après stimulation dans le troisième. Ce qui les préoccupe principalement, c'est le fait que **le médecin engage sa propre responsabilité pour des actes qu'il n'a pas lui-même effectués.**

Pourtant, depuis 2003 **(11),** tous les rapports ministériels précisent que le médecin qui transfère l'activité médico-technique doit garder la responsabilité de la prescription et des actes. C'est d'ailleurs ce qui fait la différence principale entre la délégation de tâches et le transfert de compétences que les représentants des médecins ne voulaient absolument pas voir se mettre en place. Au vu des résultats, nous avons l'impression que les médecins généralistes du terrain **ne souhaitent pas particulièrement conserver la responsabilité de ces actes,** ce qui est contradictoire avec les pré-requis initiaux qui sont peut-être erronés.

Ils insistent même sur la notion de **responsabilité partagée** entre le professionnel qui délègue et celui qui exécute l'acte. En outre, reconnaitre les responsabilités infirmières, c'est reconnaitre aussi leur haut niveau de qualification, ce qui permet de valoriser davantage les professionnels paramédicaux.

5.6. Raisons financières

Plusieurs médecins redoutent que la délégation de tâches n'entraine **une diminution de leurs revenus** puisqu'ils devraient renoncer à un certain nombre d'actes rémunérateurs. Dans notre étude statistique de référence **(21),** la même crainte est partagée par 46,9% des médecins interrogés, ce qui laisse supposer que les intérêts financiers des généralistes pourraient bien contrarier à terme la mise en place de ce nouveau mode d'exercice dans le système actuel du paiement à l'acte.

Même si cette inquiétude ne semple **pas peser sur les médecins exerçant dans des zones de plus faible densité médicale** où la demande de soins est telle qu'une délégation ne saurait mettre en péril leur situation financière, cette appréhension réelle mérite que nous nous attardions un peu sur le problème.

La mise en place d'une délégation de tâches n'est-elle pas incompatible avec notre système de rémunération actuel ? Ne faut-il pas envisager, dans un avenir proche, de remplacer le paiement à l'acte ancestral par un autre mode de rémunération plus adapté à l'évolution de notre profession ?

Si on s'intéresse aux **pays où la coopération entre les professionnels médicaux et paramédicaux est très étroite (17),** on s'aperçoit que la plupart ont développé, parallèlement à l'évolution de leur système de soins, de **nouveaux modes de rémunération** pour les professionnels de santé. D'ailleurs, puisque nous prenons modèle sur ces pays en matière de délégation ou de transfert de compétences, il est peut-être temps de se servir également de leur expérience en ce qui concerne la rémunération et d'envisager éventuellement une évolution similaire pour notre pays…

Il est vrai que les médecins généralistes français semblent très **attachés au paiement à l'acte**, symbole d'une identité libérale historique.
Une étude récente menée auprès des médecins généralistes bretons **(38)** révèle d'ailleurs que 45% d'entre eux choisissent préférentiellement le paiement à l'acte avant tout autre mode de rémunération, en raison de la plus grande autonomie que celui-ci leur inspire. Cependant, 55% des médecins interrogés se prononcent en faveur d'une évolution du mode de rémunération.

Puisque dans notre étude, nous avons remarqué que ce paiement à l'acte posait problème à certains, nous avons cherché à approfondir la question afin de connaitre plus précisément leur opinion sur le sujet.

Devenu **obsolète** pour la plupart des médecins exerçant au sein de maisons médicales pluridisciplinaires et **incompatible avec la délégation de tâches** pour beaucoup d'autres, les rares médecins à défendre encore le paiement à l'acte exercent en ville et le font parce qu'ils craignent de moins bien gagner leur vie avec un autre mode de rémunération. Les principales critiques concernent le rapport à l'argent parfois difficile à concilier avec la relation médecin/patient et la « course à l'acte » encouragée par un tel système, avec certains médecins qui multiplient les actes dans un but lucratif au lieu de prendre le temps nécessaire à une prise en charge optimale.

Afin de ne plus subir ces contraintes, certains médecins exerçant en maison médicale envisagent même le recours à deux autres types de rémunération :

- **le paiement par forfait** évoqué par un médecin car il permettrait une prise en charge plus globale ;
- **le salariat** qui serait idéal pour certains afin d'éviter tout rapport à l'argent lors des consultations.

Aujourd'hui, les médecins généralistes sont donc vraisemblablement beaucoup moins hostiles à une disparition du paiement à l'acte au profit d'un autre mode de rémunération. Qui plus est, les internes de médecine générale aspirent de plus en plus à des carrières salariées **(39, 40).** Si on tient compte de ces paramètres et de la désaffection des étudiants pour la médecine générale **(6)** en faveur des carrières hospitalières et salariées, **une réflexion urgente sur la rémunération des médecins généralistes doit s'opérer dans un avenir proche**, et pas seulement dans le cadre de la délégation de tâches.

CONCLUSION

Ce travail, effectué auprès de 18 généralistes franc-comtois afin de recueillir leur opinion argumentée sur la délégation de tâches dans le cadre des soins primaires, nous permet de tirer un certain nombre de conclusions intéressantes.

Tout d'abord, comme nous le pressentions initialement, de **nombreux freins empêchent encore les médecins généralistes d'adhérer** totalement au projet. Les principaux sont les suivants :

- un retard dans la prise de conscience des problèmes de démographique médicale ;
- une supervision des actes délégués pour laquelle ils n'ont pas été formés et qui risque de leur faire perdre du temps au lieu d'en gagner ;
- des problèmes logistiques pour les médecins qui n'exercent pas au sein de maisons médicales pluridisciplinaires et qui risquent de rencontrer des difficultés pour échanger avec les professionnels paramédicaux ;
- une peur du changement occasionné par de telles mesures, notamment des conséquences sur la relation duale médecin/patient et sur la prise en charge globale caractéristique de la médecine générale ;
- des problèmes de démographie infirmière dans une région particulièrement mal dotée en infirmières libérales ;
- un problème de compétences des infirmières qui ne sont pas formées à ces nouvelles fonctions, avec le risque d'un retentissement néfaste sur la qualité des soins ;
- le problème de la responsabilité des actes délégués qui incombe au médecin alors qu'il n'a pas effectué lui-même ces tâches ;
- la crainte d'une perte financière en raison du système de paiement à l'acte.

Malgré toutes ces réticences et même si la plupart des médecins interrogés n'en ressentent pas encore le besoin, il apparait néanmoins que **la majorité d'entre eux est favorable à une délégation de tâches envers les infirmières libérales**, partenaires privilégiés du médecin généraliste dans le cadre des soins primaires. Ce constat est d'autant **plus vrai pour les médecins qui exercent en milieu rural ou au sein d'une maison médicale pluridisciplinaire**, les médecins de ville se révélant apparemment un peu moins motivés.

Les actes qu'ils seraient prêts à déléguer concernent surtout :

- **la promotion de la santé**, domaine dans lequel les généralistes avouent se sentir bien souvent incompétents en raison d'un manque cruel de formation ;
- **le suivi de pathologies chroniques stabilisées** qui nécessite généralement une présence quotidienne auprès du patient, et que seules les infirmières sont en mesure de dispenser ;
- **les tâches administratives** qui sont de plus en plus lourdes, mais qui relèvent plus des compétences des secrétaires médicales que de celles des infirmières

.

Par contre, ils se déclarent **moins disposés à déléguer dans le cadre des consultations de première ligne**, car les risques d'erreur sont plus grands (exemple de la régulation téléphonique). En ce qui concerne la prescription médicale, ils trouvent celle-ci légitime pour le matériel nécessaire aux soins infirmiers mais **ne désirent pas une prescription élargie** comme c'est le cas dans certains pays nordiques.

A l'issue de ce travail, nous sommes donc en mesure d'élaborer **quelques pistes de réflexion en vue de lever certains freins,** et ainsi encourager un peu plus les médecins généralistes à s'investir dans ce nouveau concept :

- développer les **échanges entre professionnels** médicaux et paramédicaux, en amont de toute délégation et afin de permettre une meilleure connaissance des compétences de chacun ;
- améliorer la **formation initiale des infirmières** et créer des formations complémentaires adaptées spécifiquement à leurs nouvelles fonctions ;
- mettre en place des **protocoles** simples et standardisés afin de cadrer et ainsi sécuriser au maximum la délégation de tâches ;
- favoriser la création de **maisons médicales pluridisciplinaires** par une politique incitative et volontariste associant des aides financières, fiscales mais aussi logistiques ;
- **former les médecins généralistes** à leurs nouvelles fonctions de supervision et de coordination ;
- **informer davantage les médecins généralistes** sur les conséquences à leur niveau des problématiques démographiques ;
- garantir au patient le **libre choix d'accéder au médecin généraliste** s'il le désire ;
- **libérer du temps aux infirmières** libérales en déléguant certaines de leurs tâches aux aides-soignantes ;

- réfléchir à la mise en place d'une **responsabilité partagée** entre le professionnel qui délègue et celui qui effectue l'acte, ce qui permettrait également de valoriser les compétences de l'infirmière ;
- réfléchir à de **nouveaux modes de rémunération plus adaptés** à l'évolution des métiers de la santé, les médecins se révélant vraisemblablement moins attachés au maintien du paiement à l'acte.

Une seule chose est sûre : **rien ne se fera sans l'adhésion des médecins généralistes et ceux-ci ne s'engageront pas, sans garantie, dans un processus qui risque de révolutionner leur exercice professionnel** ! C'est donc dans la recherche de solutions aux différents problèmes que le concept de délégation de tâches pourra voir le jour…

ANNEXES

Annexe 1

Compétences des médecins généralistes

1	**Prendre en charge un problème de santé en soins primaires**	Recueillir et analyser les demandes du patient et/ou de son entourage
		Synthétiser les données recueillies à l'examen pour faire un diagnostic de situation
		Elaborer une prise en charge globale adaptée au patient et au contexte
		La proposer et l'expliquer au patient
		Prendre une décision partagée et construire une alliance thérapeutique
2	**Communiquer de façon appropriée avec le patient et/ou son entourage**	Développer une écoute active et empathique
		Adapter son discours aux possibilités de compréhension du patient
		Tenir compte de ses émotions et de celles du patient
		Tenir compte du code de déontologie : information du patient, secret médical
		Tenir compte des principes éthiques : principe d'autonomie, respect, humanisme
3	**Prendre une décision adaptée en situation d'urgence (**potentielle/vraie)	Gérer un appel d'urgence d'un de ses patients ou en garde
		Gérer les situations d'urgences les plus fréquentes et les plus graves en soins primaires
		Constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à son lieu d'exercice
		Connaître l'organisation de la permanence des soins et des urgences
		Savoir utiliser les modalités pratiques de l'organisation des soins urgents.
4	**Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en MG**	Actes de prévention : vaccinations
		Actes de dépistage : frottis, mesure du DEP, mini mental test…
		Actes diagnostic : streptotest, otoscopie, ECG…
		Actes thérapeutiques : lavage d'oreille, suture, injections…
5	**Eduquer le patient à la gestion de sa santé et à la gestion de sa maladie**	Etablir un diagnostic éducatif
		Proposer un projet de soins impliquant le patient
		Motiver et accompagner le patient dans sa démarche
		Participer à des réunions ou des actions d'éducation sanitaire
6	**Travailler en équipe et/ou en réseaux de soins**	Coordonner les soins autour du patient
		Connaître les réseaux et les filières de soins
		Organiser la prise en charge des patients dans des réseaux ou filières de soins adaptés
7	**Assurer la continuité des soins pour tous les patients**	Collaborer avec le système de la permanence des soins (nuits, jours fériés, week end)
		Collaborer avec les partenaires médico-sociaux
		Organiser l'hospitalisation et le retour à domicile
		Organiser ses absences (vacances, formations, activités hors cabinet…)
8	**Prendre une décision fondée sur les données actuelles de la science, adaptée aux besoins et au contexte**	Organiser et maintenir sa formation professionnelle
		Evaluer sa pratique
		Appliquer les textes réglementaires en tenant compte des principes éthiques
		Connaître et appliquer les principes de l'evidence based medicine
9	**Entreprendre et participer à des actions de santé publique**	Identifier les comportements à risque et mettre en route des actions de prévention
		Gérer et exploiter les données du dossier médical du patient
		Démarrer ou collaborer à une recherche
10	**Assurer la gestion de l'entreprise médicale**	Gérer le personnel : entretien, secrétariat, remplaçants, assistants…
		Gérer les finances : comptabilité, fiscalité…
		Adapter son outil de travail : dossier médical, informatique, matériels…
		Organiser son temps de travail
		Entretenir son outil de travail : maintenance, hygiène, formations des personnels

Source = CNGE

Annexe 2

Compétences des IDE

DÉCRET n 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

ARTICLE 1ER

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs sont de nature technique, relationnelle et éducative. Leur réalisation tient compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des règles professionnelles des infirmiers et infirmières, incluant notamment le secret professionnel:

- de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques, en tenant compte de la personnalité de chacune d'elles, dans ses composantes psychologique, sociale, économique et culturelle;

- de prévenir et évaluer la souffrance et la détresse des personnes et de participer à leur soulagement;

- de concourir au recueil des informations et aux méthodes qui seront utilisées par le médecin pour établir son diagnostic;

- de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes;

- d'appliquer les prescriptions médicales et les protocoles établis par le médecin;

- de participer à la surveillance clinique des patients et à la mise en oeuvre des thérapeutiques;

- de favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie familial et social;

- d'accompagner les patients en fin de vie et, en tant que de besoin, leur entourage.

ARTICLE 2

Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives qu'il juge nécessaires et accomplir les soins indispensables conformément aux dispositions de l'article 3 ci-après. Il identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. Lorsque ces soins sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile, à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants ou d'auxiliaires de puériculture qu'il encadre et dans la limite de la compétence reconnue à ces derniers du fait de leur formation.

ARTICLE 3

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins infirmiers suivants, visant notamment à assurer le confort du patient et comprenant, en tant que de besoin, son éducation et celle de son entourage:

- soins d'hygiène corporelle et de propreté;

- surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaires;

- vérification de la prise des médicaments et surveillance de leurs effets;

- changement de sonde d'alimentation gastrique ou de sonde vésicale;

- administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article 4 ci-après;

- soins et surveillance des patients en assistance nutritive entérale ou parentérale;

- surveillance de l'élimination intestinale et urinaire;

- soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale;

- soins et surveillance des patients placés en milieu stérile;

- soins et surveillance des nouveau-nés placés en incubateur, sous réserve des dispositions prévues à l'article 4 ci-après;

- installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap;

- lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation;

- préparation et surveillance du repos et du sommeil;

- prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses;

- maintien de la liberté des voies aériennes supérieures, aspiration des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé, sous réserve des dispositions prévues à l'article 7 ci-après;

- ventilation manuelle instrumentale par masque;

- administration en aérosols de produits non médicamenteux;

- appréciation des principaux paramètres servant à la surveillance de l'état de santé des patients: température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observation des manifestations de l'état de conscience;

- renouvellement du matériel de pansement non médicamenteux;

- réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux visés à l'article 4 ci-après;

- prévention et soins d'escarres;

- préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires;

- recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un plâtre ou d'une autre immobilisation;

- soins de bouche avec application de produits non médicamenteux;

- surveillance des scarifications, injections et perfusions visées aux articles 4 et 5 ci-après;

- surveillance des cathéters courts: veineux, artériels ou épicrâniens;

- surveillance des cathéters ombilicaux;

- surveillance des patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique; - pose d'un timbre à la tuberculine et lecture;

- détection des parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci;

- recueil des données biologiques obtenues par les techniques à lecture instantanée suivantes:

a) Urines: glycosurie, acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiel en ions hydrogène (pH);

b) Sang: glycémie, acétonémie;

- aide et soutien psychologique;

- relation d'aide thérapeutique;

- observation et surveillance des troubles du comportement;

- entretien d'accueil et d'orientation;

- organisation et animation d'activités à visée sociothérapique.

ARTICLE 4 ~ L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale, qui, sauf urgence, doit être écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes ou soins infirmiers suivants:

- scarifications, injections et perfusions autres que celles visées à l'article 5 ci-après;

- scarifications et injections destinées aux vaccinations;

- tests tuberculiniques autres que celui visé à l'article 3 ci-dessus;

- mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicrânienne;

- surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin;

- injections, à l'exclusion de la première, et perfusions dans ces cathéters veineux centraux et ces montages:

a) De produits autres que ceux visés à l'article 5 ci-après; cutanés chroniques;

b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou loco-régionale mentionnées à l'article 7 ci-après.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l’infirmier et transcrit dans le dossier de soins infirmiers.

- administration des médicaments;

- installation, surveillance et sortie du nouveau - né placé en incubateur;

- installation, surveillance du nouveau - né sous photothérapie;

- surveillance du régime alimentaire du nourrisson présentant des troubles nutritionnels;

- renouvellement du matériel de pansement médicamenteux;

- réalisation et surveillance de pansements spécifiques;

-ablation du matériel de réparation cutanée;

- surveillance et ablation des systèmes de drainage et de tamponnement;

- pose de bandages de contention;

- pose d'une sonde gastrique en vue de tubage, d'aspiration, de lavage d'estomac ou d'alimentation gastrique;

- pose d'une sonde vésicale en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation ou d'irrigation de la vessie sous réserve des dispositions prévues à l' article 6 ci-après;

- instillation intra-urétrale;

- pose de sonde thermique;

- toilette périnéale;

- injection vaginale;

- pose d'une sonde rectale;

- lavement, goutte-à-goutte rectal, extraction de fécalomes;

- appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie;

- soins et surveillance d'une plastie;

- participation aux techniques de dilatation orificielle ou cicatricielle;

- soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques;

- soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin;

- participation à la correction de l' hypothermie et de l' hyperthermie;

- administration en aérosols de produits médicamenteux;

- soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale;

- pulvérisations médicamenteuses;

- irrigation de l' oeil et instillation de collyres;

- lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin;

- bain d'oreilles et instillations médicamenteuses;

- bains médicamenteux;

- enregistrement d' électro-cardiogrammes sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ci-après;

- mesure de la pression veineuse centrale;

- vérification du fonctionnement des appareils de ventilation artificielle ou de monitorage usuels, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils;

- installation et surveillance des patients placés sous oxygénothérapie normobare et, en tant que de besoin, à l'intérieur d'un caisson hyperbare;

- branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique;

- ablation de plâtre ou d'une autre immobilisation;

- saignées;

- prélèvements de sang veineux ou capillaire;

- prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments, des phanères ou des muqueuses directement accessibles;

- participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales;

- recueil aseptique des urines;

- transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale;

- soins et surveillance des patients lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins;

- entretien individuel à visée psychothérapique;

- participation au sein d'une équipe pluridisciplinaire aux techniques de médiation à visée psychothérapique.

ARTICLE 5

L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes ou soins infirmiers suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment:

- injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, un contrôle de compatibilité obligatoire effectué par l' infirmier;

- prélèvement de sang artériel pour gazométrie;

- utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance du patient placé sous cet appareil;

- enregistrement d'électro-encéphalogrammes, sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ci-après;

- application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical;

- soins et surveillance des patients opérés au décours d'intervention sous réserve des dispositions prévues à l'article 7 ci-après;

- ablation de cathéters centraux;

- cures de sevrage;

- cures de sommeil;

- enveloppements humides d'indication psychiatrique.

ARTICLE 6

L'infirmier participe en présence d'un médecin à l'application des techniques suivantes:

- première injection d'une série d'allergènes;

- premier sondage vésical chez l' homme en cas de rétention;

- enregistrement d' électro-cardiogrammes et d' électro-encéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs;

- prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles visées à l' article 4 ci-dessus;

- actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale;

- activités au sein d'un bloc opératoire en tant que panseur, aide ou instrumentiste. Ces activités sont exercées en priorité par un infirmier titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire;

- préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle;

- pose de plâtre ou autre immobilisation;

- transports sanitaires urgents entre établissements de soins, effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation;

- transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de soins, effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation;

- sismothérapie;

- insulinothérapie.

ARTICLE 7

L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme sont seuls habilités, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, à participer à l' application des techniques suivantes après que le médecin a examiné le patient et a posé l'indication anesthésique:

- anesthésie générale;

- anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin;

- réanimation per-opératoire.

A titre transitoire, les infirmiers qui établiront que, antérieurement au 15 août 1988, ils participaient, sans posséder le titre requis, à l'application des techniques mentionnées à l'alinéa précédent sont habilités à poursuivre cette participation jusqu'au 15 octobre 1994.

ARTICLE 8

En l'absence du médecin, l' infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet, de sa part et dès que possible, d'un compte rendu écrit, daté, signé et remis au médecin. Lorsque la situation d'urgence s'impose à lui, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger le patient vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

ARTICLE 9

Selon le secteur d'activité où il exerce et en fonction des besoins de santé identifiés, l' infirmier propose, organise ou participe à des actions:

- de formation initiale et continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé;

- d'encadrement des stagiaires en formation;

- de formation, de prévention et d'éducation, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires;

- de recherche dans le domaine des soins infirmiers.

Il participe à des actions:

- de prévention et d'éducation en matière d'hygiène et de santé individuelle et collective, notamment pour ce qui concerne la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, le syndrome d' immunodéficience acquise, le cancer, les toxicomanies, l' alcoolisme, le tabagisme, la maltraitance, les accidents du travail et accidents domestiques;

- de dépistage des troubles sensoriels, des handicaps ou anomalies du squelette, des maladies professionnelles et des maladies endémiques;

- d'information sexuelle et d'information dans le domaine de la santé mentale;

- de recherche en matière d' épidémiologie, d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à la concertation avec les membres des autres professions de santé ou des professions sociales en vue de coordonner leurs interventions, notamment dans le domaine des prélèvements et des transplantations d'organes ou greffes de tissus.

Fait à Paris, le 15 mars 1993.Par le Premier ministre,

Journal officiel de la République française - Lois et décrets - du 16 mars 1993, pp. 4098-4100.

Annexe 2 bis

Résumé du DÉCRET n° 2004-802 du 29 juillet 2004*

Définition légale des compétences de l'infirmière

1) La définition (art R. 4311-1)

« Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement »

« Les soins infirmiers...ont pour objet (art R. 4311-2) :

1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes...en vue de favoriser leur maintien...dans leur cadre de vie familial ou social ;
2. De concourir...au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
3. De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
4. De contribuer à la mise en œuvre des traitements... ;
5. De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes... »

2) Le rôle propre (art R. 4311-3)

« Relèvent du rôle propre infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux actes en accord avec son rôle propre (art R. 4311-5 et R. 4311-6). Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »

3) Les actes

Hormis ce rôle propre, la majorité des actes que l'infirmier peut réaliser sont des actes délégués de la part des médecins. Ils le sont en application soit d'une prescription écrite (sauf urgence), soit d'un protocole écrit. Parmi ces actes délégués, on distingue :

1. Les actes réalisés de façon autonome (art R. 4311-7) : ex vaccinations ou enregistrements ECG
2. Les actes réalisés à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment (art R. 4311-9) : ex injections de produits d'origine humaine
3. Les actes réalisés en collaboration avec le médecin (art R. 4311-10) : ex première injection d'une série d'allergènes

A noter que seul le médecin est autorisé à prescrire et que la prescription doit être légalement écrite. L'infirmier a le devoir de contrôler la conformité de la prescription. Il ne peut l'accomplir que si celle-ci est conforme à ses compétences (sauf en cas d'urgence).

Les fonctions de l'infirmier ne s'arrêtent pas là. Le décret énumère aussi d'autres fonctions de l'infirmier, entre autres dans le cadre du dépistage, de la prévention et de l'éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective (art R. 4311-15).

** Résumé établi par Christophe Paul dans le cadre de sa thèse de doctorat* ***(22)***

Annexe 3

Tableau n°2.6 : Compétences des généralistes en activité (total en activité) et en activité régulière

Compétences	Généralistes en activité			Généralistes en activité régulière		
	H	F	T	H	F	T
Anatomie et cytologie pathologiques humaines	31	27	**58**	29	22	**51**
Anesthésie-réanimation	90	57	**147**	85	51	**136**
Médecine appliquée aux sports	5 301	863	**6 164**	5 115	793	**5 908**
Cardiologie et médecine des affections vasculaires	115	16	**131**	112	14	**126**
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	0	1	**1**	0	1	**1**
Chirurgie orthopédique et traumatologie	7	0	**7**	6	0	**6**
Urologie	2	0	**2**	2	0	**2**
Dermato-vénéréologie	15	12	**27**	15	10	**25**
Gynécologie médicale et obstétrique	87	68	**155**	80	64	**144**
Gynécologie médicale (C. exclusive)	175	1 710	**1 885**	170	1 631	**1 801**
Gynécologie médicale (C.)	53	86	**139**	48	77	**125**
Obstétrique (C. exclusive)	53	15	**68**	50	14	**64**
Obstétrique (C.)	26	6	**32**	23	6	**29**
Maladies de l'appareil digestif	56	15	**71**	52	12	**64**
Néphrologie	37	9	**46**	37	8	**45**
Médecine exotique	307	69	**376**	274	64	**338**
Allergologie	260	345	**605**	253	321	**574**
Angéiologie	724	562	**1 286**	715	533	**1 248**
Cancérologie	63	47	**110**	60	44	**104**
Diabétologie-nutrition	37	21	**58**	35	20	**55**
Endocrinologie	47	48	**95**	45	46	**91**
Maladies du sang	132	86	**218**	132	84	**216**
Réanimation	175	32	**207**	174	31	**205**
Médecine légale	240	61	**301**	228	57	**285**
Médecine du travail	869	1 142	**2 011**	829	1 037	**1 866**
Neurologie	8	3	**11**	6	3	**9**
Neuro-chirurgie	1	0	**1**	2	1	**3**
Neuro-psychiatrie	2	3	**5**	96	66	**162**
Pédiatrie	98	70	**168**	13	36	**49**
Phoniatrie	13	41	**54**	95	27	**122**
Pneumologie	98	30	**128**	56	21	**77**
Psychiatrie	57	22	**79**	5	11	**16**
Psychiatrie option enfant adolescent	5	12	**17**	73	37	**110**
Rééducation et réadaptation fonctionnelles	77	39	**116**	56	27	**83**
Rhumatologie	59	28	**87**	3	0	**3**
Chirurgie pédiatrique	3	0	**3**	21	15	**36**
Médecine nucléaire	21	16	**37**	209	81	**290**
Médecine thermale et climatologie médicale	217	89	**306**	17	28	**45**
Génétique médicale	17	31	**48**	40	44	**84**
Endocrinologie et maladies métaboliques	41	46	**87**	1	0	**1**
Chirurgie de la face et du cou	1	0	**1**	0	0	**0**
Total	9 620	5 728	15 348	9 262	5 337	14 599

Note : en grisée, les disciplines qui peuvent être également exercées comme spécialités.
Source : CNOM au 01/01/2006.

Annexe 4

T•01 scénario central : nombres de places par discipline à l'examen national classant 2004 (ENC) et effectifs de médecins actifs par spécialité en 1990, 2002 et 2025

Discipline de l'examen national classant	effectif		flux d'entrée en 3e cycle		médecins en activité		
spécialité	1990	2002	postes ouverts en 2004 à l'ENC	répartition des places à l'ENC (hors médecine générale)	effectifs 2025	évolution 2025/2002	évolution 2025/1990
pédiatrie	5 626	6 620	196	9,1 %	7 182	8 %	28 %
anesthésie-réanimation	10 461	10 358	243	11,3 %	9 069	-12 %	-13 %
spécialités médicales (autres) et gyn. méd.	31 946	40 148	776	36,1 %	34 344	-14 %	8 %
rééducation et réadaptation fonctionnelle	*1 753*	*1 915*			*1 351*	*-29 %*	*-23 %*
radiologie	*7 186*	*8 208*			*6 042*	*-26 %*	*-16 %*
médecine interne	*2 261*	*2 462*			*1 822*	*-26 %*	*-19 %*
*autres spécialités médicales** (y c. gyn. méd.)*	*2 687*	*4 277*			*3 200*	*-25 %*	*19 %*
dermatologie vénéréologie	*3 290*	*4 014*			*3 131*	*-22 %*	*-5 %*
rhumatologie	*2 402*	*2 644*			*2 105*	*-20 %*	*-12 %*
pathologie cardiovasculaire	*4 803*	*5 901*			*5 319*	*-10 %*	*11 %*
Anatomie et cytologie pathologique	*1 334*	*1 628*			*1 549*	*-5 %*	*16 %*
pneumologie	*2 186*	*2 653*			*2 602*	*-2 %*	*19 %*
gastro-entérologie hépatologie	*2 666*	*3 322*			*3 476*	*5 %*	*30 %*
neurologie	*1 058*	*1 729*			*2 007*	*16 %*	*90 %*
endocrinologie et métabolismes	*320*	*1 395*			*1 740*	*25 %*	*444 %*
total spécialités médicales	***48 033***	***57 127***	***1 215***	***56,6 %***	***50 595***	***-11 %***	***5 %***
gynécologie obstétrique	4 727	5 342	158	7,4 %	5 472	2 %	16 %
spécialités chirurgicales (autres)	16 666	19 186	380	17,7 %	15 677	-18 %	-6 %
Ophtalmologie	*5 227*	*5 502*			*3 121*	*-43 %*	*-40 %*
ORL	*2 915*	*3 015*			*2 074*	*-31 %*	*-29 %*
*Chirurgie**	*8 524*	*10 669*			*10 482*	*-2 %*	*23 %*
total spécialités chirurgicales	***21 393***	***24 528***	***538***	***25,1 %***	***21 149***	***-14 %***	***-1 %***
autres disciplines (hors médecine générale)	***14 657***	***22 989***	***394***	***18,4 %***	***17 104***	***-26 %***	***17 %***
psychiatrie	11 897	13 727	200	9,3 %	8 816	-36 %	-26 %
santé publique et médecine du travail	800	6 153	136	6,3 %	5 208	-15 %	551 %
biologie médicale	1 960	3 109	58	2,7 %	3 079	-1 %	57 %
total disciplines hors médecine générale	***84 083***	***104 644***	***2 147***	***100,0 %***	***88 847***	***-15 %***	***6 %***
médecine générale	93 387	100 541	1 841	-	97 119	-3 %	4 %
total	***177 470***	***205 185***	***3 988***	***-***	***185 966***	***-9 %***	***5 %***

* Chirurgie : chirurgie générale, infantile, maxillo-faciale, orthopédique et traumatologique, plastique reconstructrice et esthétique, thoracique et cardiaque, urologique, vasculaire, viscérale, neurochirurgie, stomatologie.
** Génétique médicale, hématologie, médecine nucléaire, néphrologie, oncologie médicale et gynécologie médicale.
Champ : France entière, médecins de moins de 80 ans.
Sources : Adeli redressé au 31 décembre 1990 et 31 décembre 2002, projections Drees.

Annexe 5

Protocole téléphonique de contact avec les personnes ressources

Bonjour, **je m'appelle Delphine Marquiset-Varney.**

Je suis médecin remplaçant et je suis en train de **préparer ma thèse avec le Pr. DUMEL** du DMG.

Avez-vous quelques minutes à m'accorder ou préférez vous que je vous rappelle plus tard ?

J'ai choisi de faire ma thèse sur la **délégation de certaines tâches** de la part des médecins généralistes vers d'autres paramédicaux, et notamment les infirmières.

Comme vous le savez sans doute déjà, le nombre **de médecins généralistes**, d'ores et déjà insuffisant dans certaines régions rurales, est sur le point de diminuer encore plus dans les années qui viennent. En effet, de moins en moins d'étudiants choisissent la médecine générale et pour ceux qui le font, leur choix se porte le plus souvent sur une carrière hospitalière que sur une activité libérale.

Dans ce contexte, **les pouvoirs publics et les instances représentatives de le profession réfléchissent actuellement de plus en plus à une redéfinition des contours des métiers**, et notamment celui de médecin généraliste, en se basant sur un certain nombre d'expériences réalisées chez nos voisins européens. L'idée étant de permettre aux médecins de se **concentrer sur les actes médicaux** proprement dits, en déléguant à d'autres professionnels les actes qui ne nécessitent pas leur compétence.

J'ai moi-même fait partie d'une **commission nationale dirigée par le Pr. BERLAND** et qui réunissait plusieurs représentants nationaux des différentes professions. J'y ai été conviée en tant que représentante de l'ISNAR-IMG, le syndicat national des internes de médecine générale, et après avoir écouté les points de vue des différents protagonistes qui étaient d'ailleurs souvent contradictoires, j'ai eu envie de **comprendre quelles pouvaient être les opinions des médecins généralistes sur ce sujet.**

C'est le but de mon enquête :
-savoir si en pratique **les médecins effectuent déjà**, même sans cadre légal, des expériences de délégation de tâches envers les paramédicaux avec lesquels ils travaillent ;
-savoir s'ils souhaitent voir se **développer ce genre de pratiques** ;
-et surtout savoir quelles sont les **difficultés** principales pour mettre en place ces nouveaux modes d'exercice.

Pour cela, nous avons choisi de faire une **enquête qualitative par focus group**, c'est-à-dire des entretiens collectifs avec plusieurs médecins généralistes issus du même secteur. Nous souhaiterions pouvoir réaliser 3 groupes de 5 à 10 médecins sur 3 secteurs différents.

Dans un premier temps, il nous a semblé préférable de **contacter un généraliste enseignant** dans un secteur particulier qui nous intéressait, afin de nous aider à constituer ces groupes.

C'est pour cela que nous avons fait appel à vous.

Tout d'abord, êtes vous personnellement partant ?

Ensuite, nous aurions besoin que vous nous fournissiez le **nom de plusieurs de vos collègues** qui pourraient être tentés par cette expérience, afin que nous puissions les contacter et leur proposer de participer à cette étude. Un minimum de 5 participants au sein de chaque groupe est requis pour que cette étude soit valable.

Seuls critères d'inclusion qu'ils aient le **même type d'exercice** que vous (en maison médicale ou isolé), et qu'ils soient installés sur le **même secteur** de garde. Il serait également souhaitable dans la mesure du possible que les **2 sexes** soient représentés.

Le déroulement de ces entretiens est prévu pour le mois de **mai** prochain.

Le principe est assez simple, on se donne rendez-vous dans un **lieu facile d'accès** pour tous, sur votre secteur de garde. L'entretien durera un peu plus d'**une heure**. Il sera **animé par le Pr. DUMEL et enregistré par mes soins**, afin que les résultats puissent ensuite être analysés. Il ne sera pas filmé et l'ensemble de l'entretien se déroulera dans un **total anonymat** pour l'ensemble des participants. Le tout dans une ambiance sympathique, avec des petits gâteaux maisons et des boissons fraîches.

Le plus compliqué étant de **trouver une date** qui convienne à tous mais nous avons encore un peu de temps pour fixer cela.

Néanmoins, si vous avez déjà des **suggestions sur des dates** qui pourraient convenir dans le courant du mois de mai, je suis preneuse. Avant ou à la place d'un groupe de pairs, à l'occasion d'un tableau de garde ou autre ?

Avez cous également une **idée du lieu** où l'on pourrait se retrouver : une salle pas trop grande avec possibilité d'installer table + chaises et suffisamment insonorisée pour que l'enregistrement soit de bonne qualité ?

Je m'occuperai de **recontacter personnellement chacun des participants par courrier puis par téléphone** afin de les informer plus précisément de ma requête et de convenir ensemble d'une date. Mais j'aimerais savoir si vous accepteriez de cosigner avec le Pr. DUMEL une lettre qui présente rapidement mon enquête et qui puisse les motiver afin d'optimiser le taux de réponses positives.

J'enverrai mes **courriers début mars et je recontacterai personnellement chaque médecin début avril.**

Merci pour toute l'aide que vous pourrez m'apporter dans ce travail.

Je me propose de vous **rappeler la semaine prochaine** pour connaître les noms des intervenants auxquels vous songez.

Je vous enverrai également rapidement le courrier à signer.

Encore merci et à très bientôt !

Annexe 6

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES DE BESANÇON
19 RUE AMBROISE PARÉ - 25030 BESANÇON CEDEX – télécopie : 03.63.08.22.77

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Pierre GAUME
DIRECTEUR
jean-pierre.gaume@univ-fcomte.fr
Tél. 03.63.08.22.93

Professeur François DUMEL
francois.dumel@univ-fcomte.fr
Tél. 03.63.08.22.94

Docteur Françoise GAYET
Maître de Conférences Associé
francoise.gayet@univ-fcomte.fr
Tél. 03.63.08.22.95

Scolarité - Carole LECHAPT
carole.lechapt@univ-fcomte.fr
Tél. 03.63.08.22.89

Docteur Y
Médecin généraliste enseignant

Besançon, le 15 février 2007

Cher confrère,

Nous vous sollicitons, par la présente, dans le cadre du travail de thèse d'une de nos jeunes consoeurs sur la problématique de la délégation de tâches et de compétences en médecine générale.

Depuis plusieurs années, ce sujet est vivement débattu dans différentes commissions nationales de démographie médicale, car les pouvoirs publics voient dans ce mode d'exercice un moyen de répondre, du moins en partie, aux problèmes de pénurie en médecins, et notamment en médecins généralistes.

En effet, puisque de moins en moins de généralistes sortent de la faculté de médecine chaque année, et que les besoins de la population ne cessent de croître, l'idée est de réfléchir à une redéfinition des compétences de chacun, afin de conserver une qualité des soins optimale. Ils envisagent ainsi la possibilité pour les médecins généralistes de déléguer certains actes ne nécessitant pas obligatoirement leurs compétences spécifiques à des professionnels paramédicaux, et notamment infirmiers.

De telles mesures pourraient bien transformer considérablement notre mode d'exercice dans les années à venir. C'est pourquoi il apparaît intéressant de commencer à réfléchir ensemble à ce sujet, afin de devenir nous aussi acteurs du processus qui risque très bientôt d'être mis en place.

Vous trouverez donc en pièce jointe un courrier de notre consoeur, Delphine MARQUISET-VARNEY, qui souhaite réaliser une enquête analytique par focus group sur ce sujet. Il s'agit d'une expérience innovante dont le concept original (entretien collectif de plusieurs individus à propos d'un sujet donné) permettrait de mettre en avant des éléments de réponse qu'un questionnaire quantitatif ne saurait révéler.

Mais comme vous le comprendrez aisément, pour que cette étude puisse aboutir, il est primordial que le plus grand nombre de médecins de votre secteur puisse y participer. Vous trouverez dans la lettre ci-jointe de plus amples détails sur cette enquête. Nous vous demandons de bien vouloir y porter toute l'attention nécessaire.

Au plaisir de participer avec vous à ce projet...

Confraternellement.

Pr. François DUMEL Dr. Y

Annexe 7

Delphine MARQUISET-VARNEY
4 bis rue Labbé
25000 BESANCON
Tél. : 06-87-27-06-84
delphine.varney@club-internet.fr

Besançon, le 15 février 2007,

Cher confrère,

Je m'appelle Delphine MARQUISET-VARNEY, je suis médecin généraliste remplaçant et je suis en train de préparer ma **thèse de doctorat** avec le Pr. DUMEL sur la **délégation de tâches et de compétences** entre les médecins généralistes et les professionnels paramédicaux, notamment infirmiers.

Comme vous le savez sans doute déjà, le nombre de médecins généralistes, d'ores et déjà insuffisant dans certaines régions rurales et notamment en Franche-Comté, est sur le point de diminuer encore davantage dans les années qui viennent. En effet, de moins en moins d'étudiants en médecine choisissent la médecine générale et pour ceux qui le font, leur choix à l'issue de l'internat se porte le plus souvent sur une carrière hospitalière plutôt que sur une activité libérale.

Dans un tel contexte de démographie médicale, les pouvoirs publics et les instances représentatives de notre profession réfléchissent de plus en plus à une redéfinition des contours des métiers de la santé, et notamment celui de médecin généraliste, en se basant sur un certain nombre d'expériences réalisées chez nos voisins européens. L'idée est de permettre aux médecins généralistes de se concentrer sur les actes médicaux proprement dits, en déléguant à d'autres professionnels les actes qui ne nécessitent pas obligatoirement leurs compétences.

Néanmoins, on constate que les représentants des différentes professions concernées ont du mal à aboutir à un consensus sur ce sujet, et ce pour des raisons diverses et variées. Ces divergences sur un tel sujet d'actualité nous ont donné envie de connaître plus précisément quelles pouvaient être les opinions des médecins généralistes concernant la délégation de tâches et de compétences.

C'est pourquoi nous avons décidé avec le Pr. DUMEL, dans le cadre d'une thèse, de **recueillir directement sur le terrain les réactions des médecins généralistes** sur le sujet. Quelles sont leurs pratiques actuelles en terme de délégation de tâches ? Est-il nécessaire de voir se développer de telles pratiques ? Quels en sont les avantages mais aussi les principales difficultés ?

Pour cela, nous avons décidé de procéder à une **enquête qualitative par focus group**, c'est-à-dire des entretiens collectifs avec plusieurs médecins généralistes issus du même secteur de garde.

Nous avons ainsi contacté il y a quelques semaines le Dr Y afin qu'il nous aide à constituer un groupe sur votre secteur, en fonction de critères définis au préalable pour notre étude. Il a ainsi suggéré que **vous correspondiez parfaitement au profil recherché**. C'est pourquoi nous aimerions pouvoir, si vous êtes d'accord, vous inclure dans cette étude, au sein d'un groupe constitué de plusieurs de vos collègues du secteur.

Cet entretien collectif se déroulera dans un **lieu proche de votre cabinet**, au cours du **mois de mai** prochain. Lors de cet entretien qui sera animé par le Pr. DUMEL, nous enregistrerons les discussions à l'aide de magnétophones afin de faciliter l'analyse des résultats. L'anonymat sera bien sûr total pour l'ensemble des participants. La durée totale de l'entretien enregistré est **limitée à 1 heure** et se déroulera dans une ambiance très conviviale.

Si vous acceptez de participer à cette expérience, vous permettrez ainsi à mon travail de thèse de pouvoir aboutir, et par là même vous contribuerez, par le biais de publications futures, à ce que les opinions des médecins généralistes du terrain puissent être entendues par les pouvoirs publics. Nous vous proposons également de vous faire parvenir les conclusions de ce travail une fois celui-ci achevé.

Je vous recontacterai par téléphone début avril afin de connaître vos disponibilités. Nous fixerons ensuite ensemble une date qui convienne à chacun.

Je vous remercie d'avance et très sincèrement de l'attention que vous porterez à ma requête.

Confraternellement.

Delphine MARQUISET-VARNEY

Annexe 8

Protocole téléphonique de relance après courrier

Bonjour, **je m'appelle Delphine Marquiset-Varney.**

Je suis médecin remplaçant et je suis en train de **préparer ma thèse avec le Pr. DUMEL** du DMG. Je vous ai d'ailleurs adressé un courrier à ce sujet il y a quelques semaines.

Avez-vous quelques minutes à m'accorder ou préférez vous que je vous rappelle plus tard ?

Comme je vous l'avais écris dans cette lettre, j'ai choisi de faire ma thèse sur la **délégation de certaines tâches** de la part des médecins généralistes vers d'autres paramédicaux, et notamment les infirmières.

Comme vous le savez sans doute déjà, le nombre **de médecins généralistes**, d'ores et déjà insuffisant dans certaines régions rurales, est sur le point de diminuer encore plus dans les années qui viennent. En effet, de moins en moins d'étudiants choisissent la médecine générale et pour ceux qui le font, leur choix se porte le plus souvent sur une carrière hospitalière que sur une activité libérale.

Dans ce contexte, **les pouvoirs publics et les instances représentatives de le profession réfléchissent actuellement de plus en plus à une redéfinition des contours des métiers**, et notamment celui de médecin généraliste, en se basant sur un certain nombre d'expériences réalisées chez nos voisins européens. L'idée étant de permettre aux médecins de se **concentrer sur les actes médicaux** proprement dits, en déléguant à d'autres professionnels les actes qui ne nécessitent pas leur compétence.

Après m'être personnellement investie au sein de l'ISNAR-IMG sur ce sujet, j'ai eu envie de **comprendre quelles pouvaient être les opinions des médecins généralistes du terrain** sur le partage de compétences avec les paramédicaux de votre secteur, et notamment les infirmières libérales.

C'est le but de mon enquête :
-savoir si en pratique **vous effectuez déjà**, même sans cadre légal, des expériences de délégation de tâches envers les paramédicaux avec lesquels vous travaillez ;
-savoir si vous souhaiter voir se **développer ce genre de pratiques** ;
-et surtout savoir quelles sont pour vous les **difficultés** principales pour mettre en place ces nouveaux modes d'exercice.

Pour cela, nous avons choisi de faire une **enquête qualitative par focus group**, c'est-à-dire des entretiens collectifs avec plusieurs médecins généralistes issus du même secteur.

C'est pour cela que nous avons fait appel au Dr Y qui nous a donné votre nom.

Tout d'abord, êtes vous personnellement partant ?

Le déroulement de cet entretien aura lieu dans le courant des mois de mai et juin 2007, et se déroulera en présence des autres médecins de votre secteur de garde.

Celui-ci durera un peu plus d'**une heure**. Il sera **animé par le Pr. DUMEL et enregistré par mes soins**, afin que les résultats puissent ensuite être analysés. Il ne sera pas filmé et l'ensemble de l'entretien se déroulera dans un **total anonymat** pour l'ensemble des participants, le tout dans une ambiance sympathique.

Le plus compliqué étant de **trouver une date** qui convienne à tous, je peux d'ores et déjà de choisir entre les 2 dates suivantes. Etes-vous disponibles à ces dates ?

Je vous **recontacterai personnellement par téléphone une fois que la date et le lieu seront fixés avec certitude.**

Merci pour votre accueil et à très bientôt !

Annexe 9

Focus Group « Délégation de tâches»
Questionnaire complémentaire

1. Année de naissance : ....
2. Sexe : □ F □ M
3. Année d'installation : ....
4. Type d'exercice :
   a. □ Isolé □ Groupe □ Maison médicale
   b. □ Rural (< 5000 hts) □ Semi rural (5 à 10000 hts) □ Urbain (> 10000 hts)
   c. □ Activité de médecine générale exclusive □ Exercice mixte

Si exercice mixte (activités hospitalières, maisons de retraite, dispensaires...), merci de préciser : .....

5. Compétences particulières (homéopathie, ostéopathie, manipulations...): .....
6. Nombre d'heures de travail par semaine (en moyenne) : ...
7. Êtes-vous :
   a. Maître de stage ? □ Oui □ Non
   b. Participez-vous à des FMC ? □ Oui □ Non
   c. Adhérent à un syndicat représentatif ? □ Oui □ Non
   d. Membre du CDOM ? □ Oui □ Non
   e. Elu local, départemental ou régional ? □ Oui □ Non

Annexe 10

Enquête

Et si on tirait enfin vers le haut !

On comparait autrefois, en souriant, la valeur de l'acte médical au tarif d'intervention du plombier. Mais il y a bien longtemps que la comparaison ne fait plus rire… que les plombiers !

La valeur universelle, opposable, donnée à l'acte médical, tire depuis des décennies l'ensemble du système vers le bas, des intervenants surqualifiés multipliant des actes qui devraient relever de la compétence d'acteurs moins qualifiés.

D'autres pays que le nôtre ont accepté de regarder les choses différemment et de répartir autrement les rôles. Dans la plupart des pays d'Europe du Nord, mais aussi depuis peu en Grande-Bretagne, des infirmières spécialisées assurent les consultations de routine et de renouvellement d'ordonnance de certains malades chroniques comme les diabétiques de type 2, les asthmatiques ou les hypertendus. Une telle intervention, outre la formation adéquate, nécessite un travail en réseau, avec des médecins. Mais qui peut contester le bien-fondé d'une telle évolution ? Car, à ne pas vouloir être plus sélectifs que nous ne le sommes actuellement en France, on tire forcément la valeur de l'acte vers le bas.

Penser les choses différemment, par la délégation de tâches, ce serait enfin tirer le système vers le haut, en permettant une revalorisation importante de l'acte médical tout en donnant à d'autres acteurs de santé la possibilité de s'investir et de progresser. Ne serait-ce pas une bonne manière de redonner un peu d'attractivité à des professions de santé moins recherchées aujourd'hui en raison des niveaux de rémunération et des conditions d'exercice qui ne sont plus adaptés au monde dans lequel nous évoluons ? Ne serait-ce pas une autre façon de penser les problèmes de démographie médicale ? ●

DR ALAIN TRÉBUCQ

Pourquoi votre métier va changer

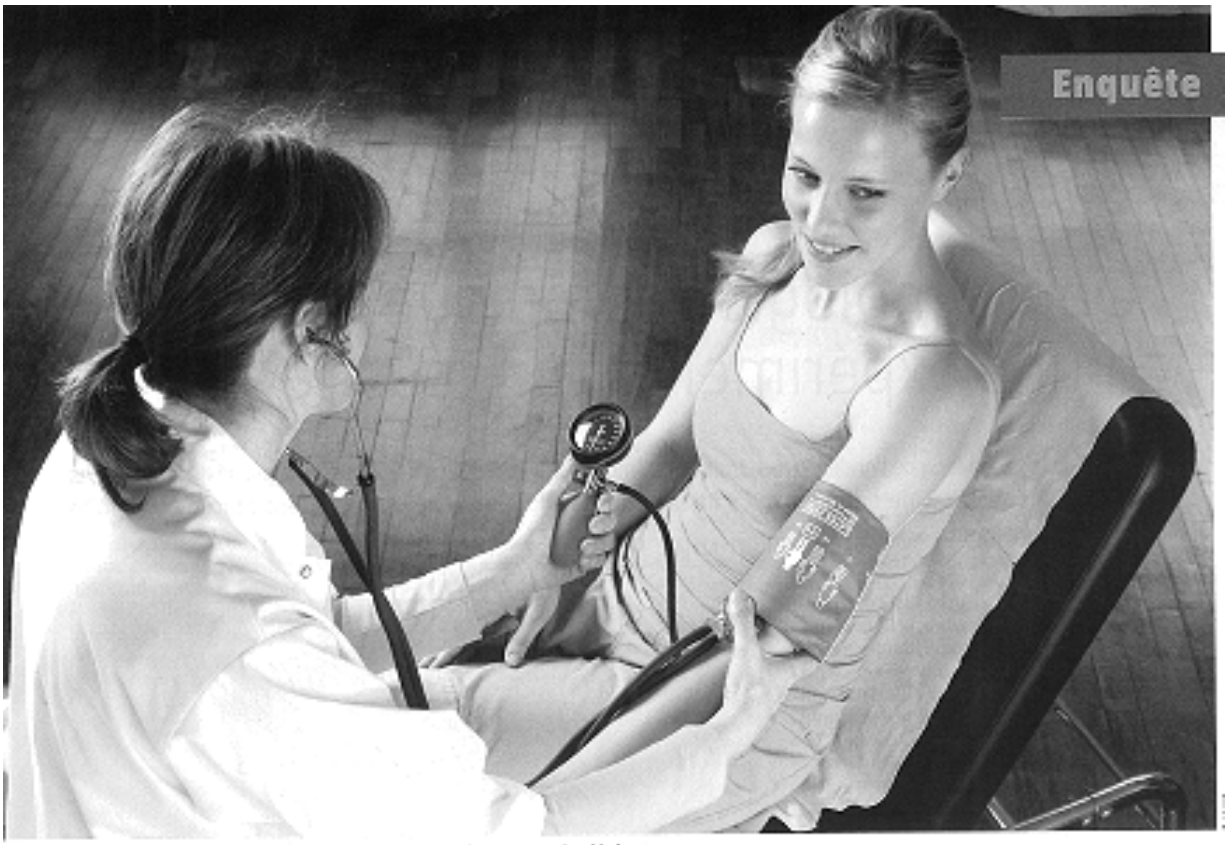
Deux ans après la publication du rapport Berland, les coopérations entre professionnels médicaux et paramédicaux commencent à imprégner le paysage sanitaire français, bousculant les habitudes des uns, offrant de nouvelles perspectives de carrière aux autres.

Décidément, le mot a du mal à franchir les lèvres. Celui par qui il est arrivé, le Pr Yvon Berland, doyen de la faculté de médecine de Marseille et président de l'Observatoire national des professions de santé, en convient d'ailleurs aisément : « *Il y a sûrement des termes qui heurtent moins…*, concède-t-il. *Quoi qu'il en soit, je vois mal comment nous pourrons faire l'économie d'une nouvelle collaboration entre professions médicales et paramédicales* ».

Le transfert de compétences n'est pourtant pas une notion révolutionnaire – il existe dans de nombreux pays, – mais en France, il fait l'objet de débats passionnés depuis ce jour d'octobre 2003 où le Pr Berland a remis un rapport éponyme à Jean-François Mattéi, alors ministre de la Santé, en réponse à la mission qui lui avait été confiée « *sur l'organisation des soins et notamment sur les coopérations qu'il semble possible de développer entre les différents professionnels de santé* ». Transfert de compétences : le mot fut alors publiquement lâché. Au fil du temps, chacun s'en est emparé pour le rebaptiser, mais que l'on parle de délégation de tâches, de partage des tâches ou de coopération interprofessionnelle n'y change rien : les compétences évoluant, certaines activités ne justifient plus aujourd'hui la seule intervention des médecins.

DEUX CAS DE FIGURE

Car si le transfert de compétences s'inscrit dans le cadre des évolutions démographiques importantes qui suscitent les inquiétudes, il n'a pas pour seul objectif de résoudre, à terme, des problèmes de densité médicale. Il est également soutenu, d'une part par le souci de conserver une qualité de soins dans notre pays, et certainement de l'améliorer par une plus grande disponibilité des médecins pour les tâches et activités qui le nécessitent, d'autre part, par la volonté d'assurer une meilleure adéquation entre formation et exercice professionnel. En l'espèce, le rapport Berland le dit clairement : « *Le transfert de compétences permettra de faire face, en partie seulement, à la diminution annoncée de la démographie médicale, mais aussi d'optimiser le système de soins, de régulariser les pratiques existantes non reconnues, d'éviter la mise en place d'organisations parallèles, sources*



L'infirmière sera de plus en plus souvent appelée à partager certains gestes avec le médecin.

de conflits et de baisse de la qualité des soins, d'apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux. »

Dans le domaine des délégations – ou transferts – de compétences, deux situations se présentent. La première répond à une activité médicale spécialisée qui peut s'appuyer sur des partenaires médicaux ou paramédicaux naturels : c'est le cas par exemple de l'ophtalmologie avec les orthoptistes, ou de la radiologie avec les manipulateurs en électroradiologie médicale. La seconde correspond à la possibilité de partage de compétences avec des acteurs dont il conviendrait de construire le métier, et donc la formation. C'est le cas de plusieurs spécialités à forte valence médico-technique, et de spécialités impliquées dans le suivi de pathologies chroniques dont la prise en charge est clairement codifiée. Pour autant, la mise en place de la délégation de tâches doit impérativement respecter quelques grands principes, comme le rappelle le rapport Berland : une formation théorique et pratique de qualité, une collaboration étroite entre les différents acteurs, des contours de métiers extrêmement bien définis, une formation continue obligatoire, et la revalorisation de l'investissement intellectuel.

LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ SAISIE

Depuis 2003, les ministres se sont succédé avenue de Ségur, mais Xavier Bertrand a repris à son compte ces propositions de répartition des tâches. En novembre 2005, accompagné de François Goulard, ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche, il annonçait une profonde réforme de la formation des professions de santé, accordant *de facto* une reconnaissance officielle à la délégation des tâches. Le 25 janvier dernier, en présentant son plan destiné à « *faire face au défi de la démographie médicale* », il confirmait qu'il venait de signer un arrêté autorisant dix nouvelles expérimentations de transfert de tâches, venant s'ajouter aux cinq déjà mises en chantier et en cours d'évaluation. « *Au-delà du stade expérimental*, lançait-il alors, *il est nécessaire d'organiser la réflexion sur la coordination entre professionnels de santé médicaux et paramédicaux pour pouvoir l'étendre à l'ensemble du champ de la santé.* » Ainsi, la Haute autorité de santé a été saisie d'une double mission : formuler des recommandations de méthode pour généraliser la démarche de partage des tâches, élaborer des recommandations plus précises dans deux secteurs : l'ophtalmologie et le suivi des malades chroniques. Le Pr Berland qui, dès 2003, déclarait : « *Il est indispensable et urgent d'envisager le transfert de compétences* » a, semble-t-il, été entendu. ●

CERTAINES ACTIVITÉS NE JUSTIFIENT PLUS AUJOURD'HUI L'INTERVENTION EXCLUSIVE DES MÉDECINS

ANNE FELLMANN

traditionnel, essentiellement consacré à la rééducation, surtout en secteur libéral. *« Elle constitue en tout cas un prolongement naturel de notre métier »*, fait observer Nicolas Balland, l'un des deux salariés du cabinet, qui retient aussi de l'expérience les nombreux et fructueux échanges avec les médecins. *« La maîtrise de ces actes nous permet d'engager une rééducation plus appropriée, dont les effets sont plus durables »*, ajoute-t-il.

« C'est une résolution importante, souligne Jean-Bernard Rottier. *Mais on n'invente jamais rien. Simplement, un projet comme celui-ci est manifestement arrivé à maturité au regard de la collectivité. »* Les premiers éléments de réponse de l'enquête de satisfaction effectuée auprès de sa clientèle l'attestent : les patients se disent pleinement satisfaits de ce qu'ils considèrent comme une *« meilleure prise en charge »*. *« En ce qui les concerne, l'information est déterminante*, explique l'orthoptiste. *Leur adhésion est totale dès lors que je leur explique que je réalise certains examens à la demande de l'ophtalmologiste. Au final, leur passage en salle d'attente est moins long : c'est un confort qu'ils apprécient. »* ● A. F.

POINT DE VUE

MICHEL CHASSANG

Président de la Csmf

« Je me méfie des mesures miraculeuses »

Ne pas confondre vitesse et précipitation. Et employer les bons vocables. *« Une compétence ne se transfère pas*, commente le leader syndicaliste. *Elle s'acquiert grâce aux études et à l'expérience. Par définition, les autres professionnels de santé n'ont donc pas la compétence des médecins. »* Cette rectification sémantique posée, le Dr Michel Chassang poursuit son analyse. Ce qui caractérise l'action médicale, dit-il, c'est de pouvoir dégager un diagnostic à partir d'éléments observés. *« La formation du médecin est orientée vers le diagnostic »*, souligne-t-il. *« Ceci suppose de voir le patient, de l'écouter, de lui prescrire des examens cliniques et, si nécessaire, complémentaires. Ce n'est qu'une fois le diagnostic posé que le traitement peut être mis en œuvre. Cette phase essentielle ne peut être transférée. »*

Pour autant, le président de la Csmf reconnaît bien volontiers que certaines « tâches » hors domaine médical pur peuvent être *« déléguées sous la responsabilité du médecin. »* Il n'est par exemple pas opposé au fait que les kinés rédigent eux-mêmes certaines prescriptions, que les infirmier(e)s renouvellent quelques ordonnances mineures, que les orthoptistes mesurent l'acuité visuelle ou que les audioprothésistes s'impliquent dans la prise en charge de la surdité. Mais il reste globalement sceptique. *« Je me méfie des mesures miraculeuses en matière de démographie médicale »*, conclut-il. *« Je rappelle d'ailleurs qu'il manque autant d'infirmier(e)s que de médecins en France. La délégation des tâches est une réponse, pas "la" réponse. »* A. F.

Montélimar : quand une infirmière renouvelle les prescriptions

La prise en charge des malades atteints d'hépatite C est partagée entre le médecin et l'infirmière.

Chantal Riou expérimente le *« métier d'infirmière clinicienne spécialisée en hépato-gastro-entérologie »* au centre hospitalier de Montélimar. Un *« transfert de compétences »* lancé par le rapport Berland. Désormais, elle dispose donc d'un vrai bureau, pour ses consultations. *« Avec un téléphone et un répondeur »* Car, depuis octobre 2004, Chantal Riou assiste le Dr Bernard Nalet, gastro-entérologue, dans la prise en charge de ses patients atteints de l'hépatite C. *« Je m'occupais déjà de la mise en route des traitements par interféron et de l'éducation thérapeutique des malades. Mais je n'assurais pas de suivi. Pourtant, les patients rappelaient souvent. C'était assez frustrant de ne pas pouvoir être à leur écoute »*, se souvient-elle.

Désormais, un dossier commun médecin-infirmière a été créé. C'est Chantal Riou qui reçoit les résultats des analyses biologiques et alerte le médecin si nécessaire. Le traitement de l'hépatite C requiert une consultation mensuelle. Une fois sur deux, elle est assurée par l'infirmière. Voire plus lorsque aucune complication ne se présente. Grâce à des ordonnances préétablies informatiquement, Chantal Riou peut également renouveler les prescriptions. *« Mais je ne souhaitais pas les signer. Il faut savoir garder sa place »*, précise-t-elle.

Les patients semblent satisfaits de ce nouveau dispositif. *« Ils obtiennent plus rapidement les réponses à leurs questions*, explique Chantal Riou. *Et puis, certaines personnes n'osent pas interroger le médecin. Elles sont plus à l'aise avec l'infirmière. »*

Transfert de compétences réussi, donc. *« Parce que j'avais déjà de l'expérience et une bonne connaissance de cette pathologie*, reconnaît Chantal Riou. *Mais je ne me serais pas imaginé, jeune infirmière, prendre ce type de responsabilité. »*

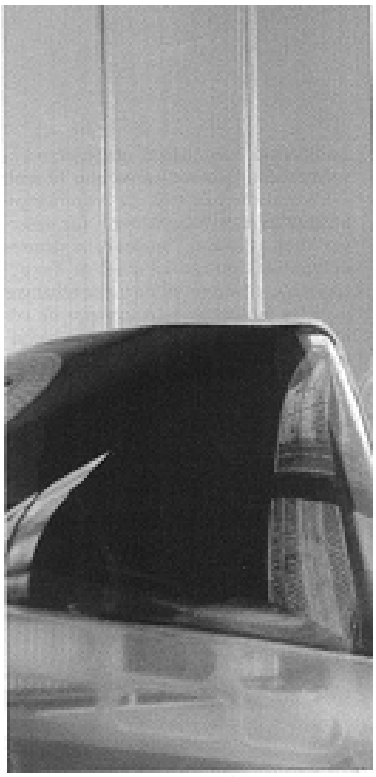
L'expérimentation devait durer un an. Un premier bilan a donc été envoyé au ministère de la Santé. Chantal Riou espère que l'expérience se poursuivra. Dans le cas contraire, *« les patients seraient déçus »*. Elle aussi. ● P. M.

L'Ordre veut donner du temps au temps

L'Institution, qui appelle à « agir sans précipitation », ne s'oppose pas à la « délégation » d'une technique ou d'une tâche administrative, mais elle met en garde contre toute désacralisation de l'acte médical.

Le 4 décembre 2003, l'Ordre national des médecins consacrait son « Vingtième jeudi » à la question du transfert des compétences. Ou plutôt, comme l'a précisé alors le Dr Michel Dudoux, son président, à celle d'un « *partage des tâches entre médecins et autres professions de santé* ». Deux mois plus tard, le conseil national, dans son bulletin mensuel, abordait le même sujet avec moins d'enthousiasme… et une plus grande prudence. « *Le débat doit s'engager sereinement, sans précipitation, sachant qu'au terme ou peu extrême de "transfert de compétences", le conseil national de l'ordre des médecins préférerait celui de "collaboration" ou de "partage des savoirs dans le respect mutuel"* », pouvait-on lire sous la plume du président Dudoux.

Aujourd'hui, l'Institution se prononce ouvertement contre le principe du transfert de compétences, auquel elle préfère celui de « *délégation de tâches* ». Simple exercice de style ? Non, répond le Dr Xavier Deau, président de la section « Formation et compétences médicales ». « *Depuis 2003, notre position a, c'est vrai, évolué, notamment au regard de la responsabilité du médecin qui transfère : si une compétence est transférée, la responsabilité l'est-elle aussi ? La délégation de tâches, elle, exclut de facto la délégation de responsabilité.* »



Cette « *délégation des tâches* » pourrait trouver une première application concrète dans le cadre des nouveaux cabinets de groupe ou « maisons multidisciplinaires » chères à Xavier Bertrand. « *Selon les*

POINT DE VUE

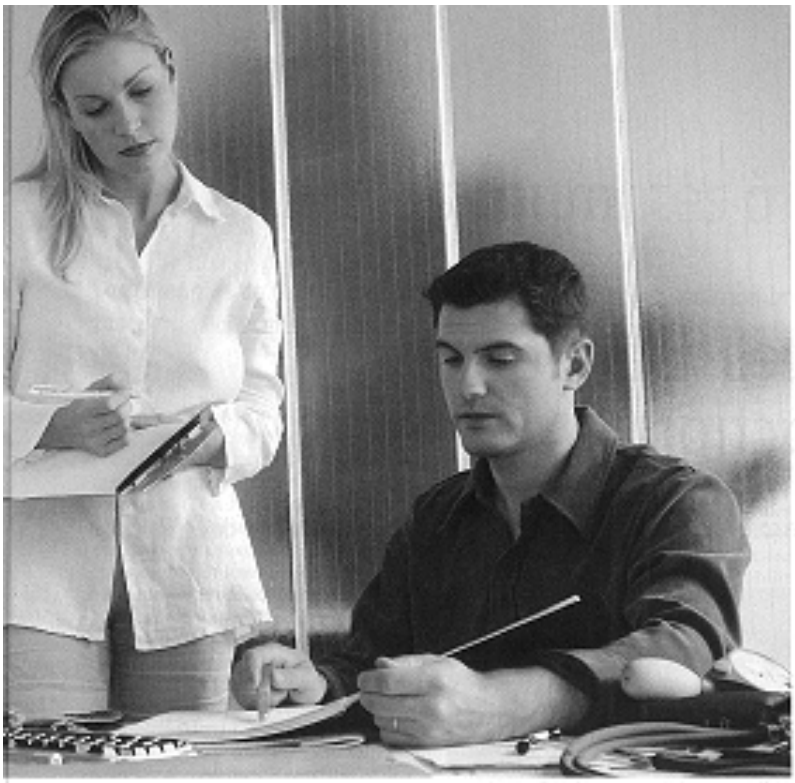
FRANÇOIS DOUCHAIN

Pédiatre au CHG d'Arras, responsable de la Confédération des praticiens des hôpitaux (CPH)

« Non à un chevauchement de territoire »

il voit dans le transfert des compétences une réponse à la baisse de la démographie médicale, mais aussi une réponse économique. « *Il s'agit de faire effectuer des gestes par du personnel moins diplômé. Par nature, ces gestes seraient moins chers. Et ce transfert des compétences existe déjà*, témoigne-t-il. *Tout le problème est de bien le négocier discipline par discipline.* » Pédiatre au CHG d'Arras (Pas-de-Calais), responsable de la Confédération des praticiens des hôpitaux (CPH), le Dr François Douchain préfère parler de « travail complémentaire » plutôt que de transfert de compétences.

Dans son service par exemple, il est fréquent que les puéricultrices prennent en charge l'éducation des petits patients souffrant d'infections bien connues comme le diabète, les problèmes digestifs ou intestinaux. Ou que les infirmières reçoivent en consultation spécialisée, notamment éducatives, de jeunes asthmatiques. « *Leur message n'est pas forcément le même que le nôtre, mais il vient en complément et l'enrichit de précieux conseils* », explique-t-il. Cette « complémentarité » peut également être envisagée, selon lui, comme une solution pour répondre à des besoins de santé publique. « *Sur ma région, les délais d'attente pour une consultation en ophtalmologie sont excessivement longs*, constate-t-il. *Pour les raccourcir, on pourrait faire glisser certains prescriptions vers les orthoptistes.* » On l'aura compris, François Douchain, et, avec lui, la confédération des praticiens des hôpitaux, n'est pas hostile au principe du transfert de compétences, mais il y met des conditions. « *Certains gestes sont au cœur du métier médical*, argumente-t-il. *Je pense aux endoscopies ou aux fibroscopies, à propos desquelles les gastro-entérologues nous ont d'ailleurs fait part de leur inquiétude. De même, on ne peut pas concevoir que le gynécothérapeute dicte au patient sa conduite, contrairement au chirurgien orthopédique. Il faut respecter les compétences et les expériences, garantir la qualité des soins. Oui à une collaboration fructueuse, non à un chevauchement de territoires, cause de conflit.* » Et de prévenir : « *Nous nous opposerons à toute démarche de nous faire assumer des responsabilités que nous n'aurons pas, de fait, prises.* » A. F.



La délégation des tâches administratives permettra de gagner du temps médical.

statistiques, explique Xavier Deau. *35 à 37 % du temps médical est totalement occulté par des tâches administratives. La gestion d'un cabinet de groupe, qui est une véritable micro-entreprise, devrait pouvoir être déléguée. Avant de penser à transférer des compétences médicales, commençons par gagner du temps médical !* »

Pour autant, l'Ordre ne s'oppose pas frontalement au « transfert » de certains actes techniques, en ophtalmologie ou en cardiologie par exemple. Mais il veut rester sur le terrain de l'éthique et de la déontologie. « *On peut déléguer une technique ou une tâche administrative, mais on ne peut en aucun cas déléguer l'acte médical* », considère le Dr Deau. « *Il faut préserver la relation médecin/malade, ce rapport unique fondé sur l'écoute, le verbe, le geste, cette "rencontre d'une conscience et d'une confiance" qui est l'essence même de la médecine française.* » ● A. F.

POINT DE VUE

MICHELINE BERNARD

Déléguée à la mission santé du Conseil national des associations familiales laïques

« Savoir qui fait quoi »

Devant les évolutions sociétales et technologiques, Micheline Bernard n'est a priori pas opposée aux transferts de compétences si… S'il existe des garde-fous précis, si les périmètres de délégation et les qualifications sont bien définis, les expériences respectées, les formations assurées. « Un certain nombre d'actes sont d'ores et déjà délégués, reconnaît Micheline Bernard. Ainsi, les infirmières peuvent vacciner, alors que les textes assurant leurs activités n'ont pas été modifiés. Mais si les délégations d'actes doivent se multiplier, l'encadrement et les responsabilités doivent être clairement établis, et l'usager doit savoir qui fait quoi. Nous ne voudrions pas que de telles décisions soient prises dans les seules optiques d'économie et de démographie. Ce serait une tendance dangereuse. Nous craignons que certaines régions sont désertées par les ophtalmologistes – pour ne citer qu'eux – mais les opticiens ne peuvent pas tout faire pour autant. » A. F.

POINT DE VUE

ÉRIC DELMAS

Président de l'Association de communication infirmière Infweb

Le scepticisme d'un infirmier

« *Reconnaissons d'abord ce qui se fait dans la pratique* » : tel est le souhait d'Éric Delmas, président de l'Association de communication infirmière Infweb.

Éric Delmas est infirmier anesthésiste diplômé d'État (IADE) à l'hôpital pédiatrique de Lyon. « *La seule spécialité où l'on pratique le transfert des compétences sans qu'il soit reconnu*, déplore-t-il. *C'est d'ailleurs plus qu'un transfert*, ajoute-t-il. *Il nous arrive d'endormir, d'entretenir et de réveiller seuls. En salle d'opération, il est très courant que le médecin et l'infirmier se relaient. En pédiatrie, on est rarement deux : celui qui est en salle prend les décisions. L'infirmier peut évidemment toujours demander de l'aide à l'anesthésiste, mais il doit savoir – et il sait – décider les situations graves. Alors, avant de discuter transfert, reconnaissons ce qui se fait dans la pratique !* »

L'avertissement ne se limite pas à sa discipline. Il concerne l'ensemble des professions de soins infirmiers qui, pour certaines, exercent dans le cadre des soins médicaux délégués mais aussi dans le cadre des soins infirmiers (directement ou par délégation contrôlée). « *Il existe des infirmières cliniciennes spécialement formées, avec des compétences élargies, qui ne pratiquent pas d'actes médicaux mais ont une approche psychologique extrêmement pointue* », souligne Éric Delmas. « *Alors qu'elles n'ont jamais fait l'objet d'une quelconque reconnaissance, on veut déjà les faire participer à la prise en charge de certaines maladies chroniques détectées par les médecins. En somme, l'idée est de compenser la pénurie médicale par les infirmières, et la pénurie infirmière par les aides-soignantes. Je n'y vois aucune progression, aucune promotion professionnelle. Il ne s'agit que d'une pratique particulière. Reste à savoir quelle sera la longueur de la laisse…* » A. F.

Enquête

POURQUOI VOTRE MÉTIER VA CHANGER

Yvon Berland

Les expériences menées ont donné satisfaction

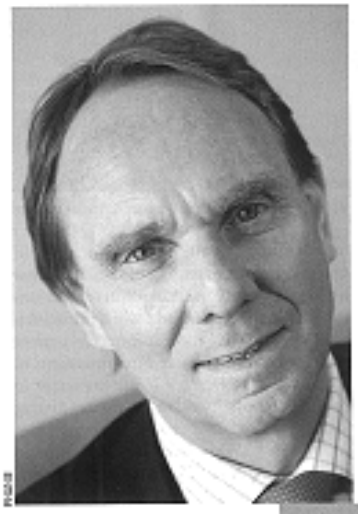
L'auteur du rapport sur les transferts de compétences estime que cette réforme « prépare l'avenir des médecins ».

PANORAMA DU MÉDECIN : Plus de deux ans après la publication de votre rapport sur le transfert de compétences, la plupart des professionnels concernés réfutent le terme de « transfert de compétences » « et lui préfèrent celui de « partage des tâches » ou de « prise en charge complémentaire »...

YVON BERLAND : Je l'ai effectivement moi-même constaté...

Avez-vous le sentiment d'avoir employé un mot tabou ?

Utiliser ce mot aura en tout cas eu le mérite d'amener les professionnels de santé à réfléchir sur leurs pratiques, de bousculer les habitudes et les acquis. Dans le fond, il est rassurant de voir que des termes peut-être plus adaptés, comme la délégation de tâches ou le partage d'activité, sont recherchés. Cela prouve qu'un pas a été franchi. Mais derrière cette question sémantique, je vois aussi un peu d'inquiétude, même si une prise de conscience autour d'une coopération interprofessionnelle se dessine très nettement.



Certains avancent que la pénurie d'infirmières est aussi importante que la pénurie de médecins. D'autres redoutent d'être « dépouillés » de leurs compétences. Que leur répondez-vous ?

Aux premiers, je dis que c'est faux. Le rapport 2005 de l'Observatoire national des professions de santé, qui sera rendu public en avril prochain, montre clairement la tendance très largement ascendante des effectifs infirmiers. Quant aux médecins qui craignent de se voir dépouillés, je veux les rassurer : tout se construira avec eux. Ils doivent comprendre que nous préparons leur avenir. Tous les indicateurs – baisse de la démographie médicale, féminisation de la profession, augmentation du temps partiel, augmentation de la demande de soins –, indiquent qu'ils devront se consacrer à leur cœur de métier, et être utilisés à leur juste niveau de formation.

Ne doit-on voir, dans ce transfert de compétences, qu'une réponse au problème de la démographie médicale ou l'enjeu est-il plus large ?

Vous avez raison de le souligner : la question démographique n'a finalement été qu'un prétexte. Elle nous a surtout donné l'occasion de constater que notre système de santé est resté le même pendant des années. Il est temps de le faire évoluer, de se pencher sur nos pratiques. En outre, les professions paramédicales ont, elles aussi, besoin d'évoluer dans leurs carrières et leurs pratiques, de construire des projets intéressants.

« IL EST TEMPS DE SE PENCHER SUR NOS PRATIQUES »

Certaines disciplines échappent-elles, par nature, à ces transferts de compétences ?

J'avoue ne pas avoir réfléchi à cette question, mais je ne peux pas l'imaginer. Chaque discipline doit s'approprier la réflexion. Au sein de l'Observatoire, nous avons discuté avec les représentants de toutes les disciplines médicales et chirurgicales. Tous ont identifié des expériences à mener.

Justement, où en sont les expérimentations mises en place au cours du quatrième trimestre 2003 ?

Cinq d'entre elles sont en cours d'évaluation (1) et, *a priori*, ont donné toute satisfaction. Une dizaine d'autres, pour lesquelles le ministre a signé les arrêtés, vont démarrer. Il semble qu'aujourd'hui de nombreux professionnels veulent tenter des expérimentations de ce type, mais on ne peut pas multiplier les arrêtés. Celles qui sont lancées permettront en tout cas d'affiner notre réflexion.

Le transfert de compétences doit-il s'accompagner d'un transfert de responsabilité ?

Dans un premier temps, comme je l'ai écrit dans mon rapport, la responsabilité restera du ressort du médecin. Après évaluation, nous verrons s'il y a lieu de progresser. Il faut monter les marches une par une pour éviter de tomber... ●

PROPOS RECUEILLIS PAR A. F.

(1) Réseau d'examen de la vision et d'accès aux soins ophtalmologiques en milieu libéral (Berthe) ; suivi de pathologies chroniques par des infirmières cliniciennes spécialisées en hépato-gastro-entérologie (CH de Montélimar) ; transfert de tâches pour le suivi de patients dialysés (hôpital de Lisieux) ; consultation diététique par un diététicien (CHU de Nantes) ; évaluation du métier de dosimétriste (Institut Curie de Paris).

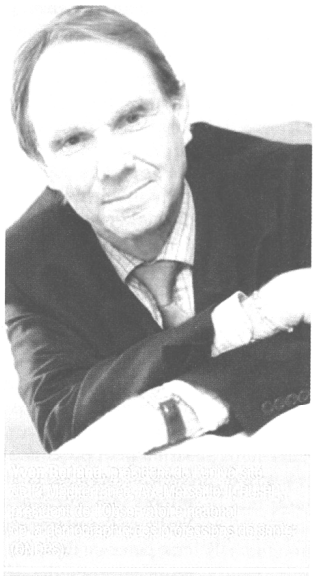
Annexe 11

Yvon Berland

DÉLÉGATION DE TÂCHES

Tout le monde y gagne !

Certaines tâches actuellement exercées par des médecins peuvent être déléguées à d'autres professionnels formés à cet effet, ce qui n'équivaut pas à un transfert de compétences, lequel suppose aussi un transfert de responsabilité. Destinée à pallier le déficit démographique médical, cette délégation devrait permettre de valoriser l'acte intellectuel du médecin, de promouvoir les paramédicaux, de créer de nouveaux métiers de la santé. Il y a urgence !



Comment définir la délégation par rapport au transfert de compétences ?

Il faut partir de trois mots-clés : coopération (des professionnels de santé), délégation, transfert. Dans la délégation, les médecins transfèrent à d'autres professionnels de santé un certain nombre d'actes techniques et/ou intellectuels, mais ils en gardent la maîtrise, en particulier en termes de responsabilité juridique. Dans le transfert proprement dit, ils ne gardent pas l'entière maîtrise de ces actes, ce qui conduit au transfert notamment de la responsabilité juridique. Les acteurs qui acceptent la délégation ou le transfert le font grâce à des compétences acquises par la formation.

Alors que la délégation existe depuis longtemps dans certains pays, pourquoi est-elle devenue récemment en France une préoccupation ?

La réflexion est partie du rapport sur la démographie des professions de santé que j'ai remis en 2002. Il souligne que la ressource médicale devenant rare, il est nécessaire de l'utiliser à sa juste valeur : certaines activités des médecins ne justifient pas leurs dix à douze années de formation. De plus, les perspectives d'évolution de carrière des autres professionnels de santé sont en grande partie bouchées, comme le souligne

le rapport que j'ai remis en 2003 sur les délégations : par exemple, les infirmières deviennent de plus en plus compétentes avec le temps, tant du point de vue théorique que du point de vue pratique. Mais, à quelques exceptions près, le seul vrai projet de carrière qui leur est offert, c'est de devenir cadre administratif, c'est-à-dire de changer de métier. Enfin, il n'existe aucune profession dont la durée de formation soit intermédiaire entre celle des médecins et celle des autres professionnels de santé.

« EN PRATIQUE, LES PROFESSIONNELS PEUVENT SE RETROUVER TRÈS VITE HORS DU CADRE LÉGAL. TOUT MÉTIER DE SANTÉ DEVRAIT ÊTRE DÉFINI D'ABORD PAR LES COMPÉTENCES QU'IL REQUIERT. »

L'idée est donc de créer des métiers intermédiaires entre celui de médecins et les autres, grâce à une formation adaptée. Ainsi, les médecins feraient ce pour quoi ils sont formés et les autres professionnels auraient des perspectives d'évolution de carrière.

Le rapport de 2002 montre que, avant même de songer à la délégation ou au transfert, la mise à plat de l'organisation des soins dans un cabinet, un service hospitalier, etc., et une éventuelle réorganisation des activités permettent d'améliorer un certain nombre de pratiques.

Oui, mais les premières expérimentations que nous avons lancées ont aussi montré que cette réorganisation peut poser des problèmes de légalité. Les actes confiés à des infirmières (délégués) peuvent être à la limite de l'exercice illégal de la médecine parce qu'ils sont à la frontière de ce qu'autorisent les décrets régissant l'activité des différentes professions de santé.

C'est pour cela que vous proposez de modifier la définition des professions de santé ?

Tout à fait. La plupart des métiers de la santé sont définis par des décrets énumérant les actes autorisés pour ces métiers, en grande partie déterminés de fait par rapport au métier de médecin. Ce type de définition peut aboutir à des non-sens. Par exemple, les infirmières savent bien mieux que la plupart des médecins quel est le matériel à employer pour faire un pansement ; il faut pourtant la prescription d'un médecin pour qu'elles puissent le faire. De plus, techniquement, les choses évoluent tellement vite que les décrets ont du mal à suivre. Certains des produits que les sages-femmes sont autorisées à prescrire ne sont plus sur le marché depuis au moins dix ans ! En pratique, les professionnels peuvent se retrouver très vite hors du cadre légal. Tout métier de santé devrait être défini d'abord par les compétences qu'il requiert.

Les expérimentations montrent aussi que la délégation peut imposer l'unité de lieu d'exercice entre médecins et professionnels bénéficiaires de la délégation.

L'unité de lieu d'exercice est un prérequis, ce que montrent bien les expérimentations avec des ophtalmologistes et des orthoptistes. Ce lieu peut être virtuel, grâce à la télémédecine : par exemple, un manipulateur radio travaillant dans un hôpital général envoie des images à un radiologue exerçant dans un CHU pour interprétation.

C'est particulièrement intéressant pour certaines spécialités médicales dont les professionnels sont peu nombreux comme les anatomo-pathologistes. Aujourd'hui, ils sont obligés de se déplacer au bloc opératoire quand le chirurgien a besoin d'une exploration extemporanée, ce qui leur fait perdre beaucoup de temps. On peut très bien imaginer de former un technicien au recueil de prélèvement, d'en faire une image et de la transmettre à l'anatomo-pathologiste, qui pourra ainsi travailler dans plusieurs endroits à la fois, sans quitter son laboratoire !

Il ne s'agit plus de délégation à un métier existant, mais à un nouveau métier.

On peut faire évoluer certains métiers, comme celui d'infirmière, dans le sens d'une spécialisation ou d'une acquisition de compétences. Mais il est également nécessaire de créer de nouveaux métiers. À Marseille, nous avons créé le métier de conseiller en génétique, parce qu'il correspond à un besoin de plus en plus important des familles, que ce besoin prend du temps et ne nécessite pas obligatoirement de faire appel à un médecin.

Ces nouveaux métiers peuvent aussi avoir leur origine dans des métiers existants. Ainsi, les manipulateurs en radiologie forment le vivier dans lequel il faut puiser pour former des dosimétristes.

Nouveaux métiers ou évolution de métiers existants, l'essentiel est que les compétences nouvelles soient légitimées par un niveau de formation suffisant, défini par les professionnels. Le métier de conseiller en génétique a été créé après que les médecins généticiens ont défini le profil professionnel dont ils avaient besoin et le niveau de formation nécessaire. De même, quand on parle de délégation aux infirmières, il ne s'agit pas des infirmières actuelles, mais des infirmières formées à ces compétences, ayant acquis le niveau suffisant pour les exercer.

Les expérimentations montrent cependant qu'il existe un préalable à une formation supplémentaire : l'expérience des professionnels concernés.

C'est effectivement un problème. Dans le système universitaire actuel, on pourrait très bien avoir une infirmière, à bac + 3, qui décide de pousser sa formation deux ans de plus sans passer par une expérience professionnelle. Pour le suivi des pathologies chroniques, par exemple, cela n'aurait pas grand sens. Elles nécessitent des infirmières ayant à la fois une formation théorique solide et de l'expérience.

On peut quand même penser à un système de formation initiale où l'on pourrait passer progressivement d'un métier comme celui d'infirmière à un métier comme celui de médecin.

On trouve une idée assez proche de celle-ci dans le rapport Thuilliez, avec une mise en place du système LMD (licence-master-doctorat) dans les études médicales, permettant des entrées tardives et des sorties précoces, donc des évolutions professionnelles plus souples. Mais tant que la formation initiale des médecins sera conditionnée par le concours de première année et l'examen national de l'internat, il n'y aura pas grand-chose de possible. La polarisation des étudiants autour de leurs examens, inévitable dans le système actuel, se fait au détriment de leur formation pratique : aller à l'hôpital peut être vécu comme une perte de temps !

La délégation suppose aussi d'être reconnu non seulement réglementairement mais aussi en termes de gratifications financières.

Les professionnels paramédicaux y tiennent effectivement beaucoup, ce qui est normal.

Vos rapports mentionnent également la possibilité de délégations de professions paramédicales à d'autres professions paramédicales.

Cela concerne en particulier les délégations d'infirmières à aides-soignantes. Si les premières peuvent acquérir des compétences nouvelles, les secondes le peuvent aussi. Certaines des activités infirmières ne justifient pas trois ans de formation, les toilettes, par exemple, même si les infirmières expliquent que cela permet de découvrir des escarres. Quelle est la proportion exacte de toilettes découvrant des escarres ?

D'une manière générale, la délégation concerne toute la chaîne des acteurs de soins, et pas seulement les délégations de médecins à des professionnels paramédicaux. Actuellement, des expérimentations très intéressantes avec les pharmaciens des zones rurales portent sur les soins à domicile. Il faut arriver à ce que chaque métier soit utilisé à son juste niveau de formation.

Comment avez-vous choisi les premières expérimentations de délégation?

Nous avons essayé d'avoir un panel représentatif des trois grands thèmes de la délégation : technique (par exemple, l'échographie), médico-technique (par exemple, la chimiothérapie) et médical (par exemple, le suivi des pathologies chroniques). De plus, nous avons choisi des professionnels très volontaristes, très impliqués, que nous avions rencontrés pendant la préparation du rapport de 2002.

L'évaluation de ces expérimentations porte essentiellement sur la faisabilité de la délégation.

Les cinq premières expérimentations ont bénéficié d'une évaluation interne [1], faite par leurs acteurs eux-mêmes. Pour toutes, elle montre que la délégation est possible, qu'elle donne satisfaction à tous les professionnels concernés (dans l'expérimentation ophtalmologistes-orthoptistes, l'évaluation va jusqu'à apprécier la satisfaction des secrétaires médicales du cabinet concerné), mais aussi qu'elle nécessite une formation des professionnels paramédicaux impliqués. Par exemple, pour la dialyse, les infirmières ont besoin d'une formation complémentaire portant sur les médicaments ; pour la dosimétrie, les manipulateurs radio n'ont pas des connaissances suffisantes en anatomie. Les dix expérimentations suivantes bénéficieront d'une évaluation externe, par la Haute Autorité de santé (HAS), qui devrait aboutir à la formulation des principes à retenir pour construire les recommandations portant sur la coopération des professionnels de santé. C'est ce que nous a demandé le ministre de la Santé.

Pourquoi ne pas faire aussi d'évaluation de résultats ?

Il y a un début d'évaluation de résultats, mais celle-ci est difficile, d'une part, parce qu'elle coûte cher, d'autre part, et surtout, parce que pour pouvoir évaluer, il faut pouvoir comparer. Or nous ne disposons que de très peu d'éléments sur les situations avant expérimentation et quasiment pas de *gold standards* des pratiques que la délégation permettrait ou non d'améliorer. On peut à la rigueur apprécier en termes d'équivalence ou d'amélioration, mais on ne peut pas dire si la

Autres propositions du rapport sur la démographie médicale

La délégation de tâches est une des 17 propositions du rapport sur la démographie médicale hospitalière remis en novembre 2006 par le Pr Yvon Berland au ministre de la Santé : « Favoriser la collaboration des professionnels de santé notamment à partir de la délégation de tâches en identifiant les nouveaux métiers à faire émerger dans les établissements de santé. » Elle est argumentée ainsi : *« Considérer que les restructurations des services et des établissements ou une meilleure collaboration du secteur public et du secteur privé notamment permettront à elles seules de combler le fossé qui ne va pas manquer de se creuser entre une offre médicale qui diminuera et des besoins qui ne cesseront d'augmenter est un leurre. »*
Ce rapport contient également une proposition de revalorisation de l'acte intellectuel *« aux dépens de l'acte médico-technique »*, couplée à la préconisation de *« permettre, dans les établissements de santé, aux médecins salariés de pouvoir opter pour une rémunération à l'activité, voire à l'acte »*. Elle prend appui sur un constat émanant du rapport conjoint IGAS/IGF de 1997 : *« Dès l'instant où la politique démographique se fixe pour objectif d'infléchir la répartition spontanée des médecins entre les différentes spécialités, elle ne peut ignorer l'arme tarifaire. »*

situation nouvelle est optimale ou pas. Nous avons besoin de construire des référentiels sur les pratiques professionnelles, grâce à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) entre autres. Dans ces référentiels, il faut inclure la satisfaction des patients.

Cela a commencé, par exemple, avec l'expérimentation en cours sur la dialyse. On s'aperçoit que les patients sont plutôt satisfaits parce qu'ils ont affaire à des personnes qui prennent plus de temps pour eux que les médecins, qui les écoutent et leur expliquent les soins.

Les médecins ne deviendront-ils pas des « supertechniciens » au détriment de leur capacité d'écoute ?

Certainement, mais c'est l'acte technique qui est valorisé aujourd'hui, pas l'acte intellectuel, qui n'est ni reconnu, ni valorisé, ni payé à son juste niveau. Les jeunes médecins ne s'orientent guère vers des métiers comme généraliste, pédiatre ou spécialiste de médecine interne. Ils ne reçoivent que très peu de formation en sciences humaines.

Ce qui est également frappant dans les expérimentations, c'est la nécessité pour les médecins d'être de bons directeurs des ressources humaines.

Oui, alors que, d'une manière générale, ils ne reçoivent aucune formation sur la conduite d'une entreprise, ce que la plupart devront pourtant faire.

Pour revenir à la délégation, quelle est aujourd'hui la priorité ?

Aller vite, sinon nous courons le risque de voir émerger en grand nombre des pratiques sauvages, dommageables pour les patients, mais imposées par la diminution du nombre des médecins. Mais là, il s'agit de décisions politiques.

413077

Propos recueillis par
Serge Cannasse
serge.cannasse@wanadoo.fr

Référence

1. *Berland Y, Bourgueil Y. « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé ». Rapport de l'Observatoire de la démographie des professions médicales (ONDPS), juin 2006. www.sante.gouv.fr/ondps/sommaire.htm*

Annexe 12

Retranscription groupe de Pagney / Pesmes

<u>Première partie :</u> présentation de la problématique par l'animateur, conformément au guide d'entretien.

<u>Seconde partie :</u> discussion proprement dite.

<u>1) Questions ouvertes générales</u>

La première question que je vais essayer de vous poser, c'est est-ce que vous avez déjà réfléchi à cette problématique auparavant de délégation de tâches ou de transfert de tâches ou de compétences ? Et si c'est oui...vous avez le droit de dire non, y a pas de...

1: Ben, pas avant d'avoir cette invitation.

Voilà.

2 : Non pas vraiment.

3 : Moi, j'ai des collègues qui m'en ont parlé, notamment P.V. là sur Besançon parce qu'il a déjà un peu bossé le sujet mais c'est tout.

4 : Ben, nous, on est en plein dedans, là, du point de vue de la réflexion et de la lecture. Je crois qu'on a les mêmes sources. Je suis en train de faire une bibliographie complète pour la future fédération et puis, moi, j'ai bossé là dedans à l'étranger (...) j'étais il y a 6 mois en Nouvelle Zélande et j'ai visité des centres qui étaient en délégation de tâches. Et il y a une infirmière ici néo-zélandaise qui m'a reparlé de ça et qui bosse comme ça depuis 20 ans avec tout le cahier des charges de ce qu'elle fait en aval des travaux des médecins dans un cabinet de groupe qui ressemble énormément au nôtre. Et leur mode de rémunération, leur mode de formation multidisciplinaire. Tout ça, quoi.

D'accord. Donc, toi, tu as beaucoup réfléchi là-dessus.

5 : Ben moi, un petit peu par l'intermédiaire de 4, il y a eu... Bon, c'est pas aussi poussé que lui mais [voilà]...

[Y a eu contamination] {Rire de l'animateur}

5 : Il y a eu une prise de conscience de quelque chose de possible à faire là et puis voilà.
Ouais, une contamination {Rire du groupe}

6 : Moi, je ne dirais pas ne jamais en avoir entendu parler mais j'y ai encore peu réfléchi. Je ne vois pas encore très bien comment ça va se mettre en place et ce qui sera intéressant.

Ok

<u>2) Besoins des médecins interrogés</u>

Donc, on va essayer de voir alors...Est-ce que vous avez le sentiment que certains actes ne relèvent pas de vos compétences, et qu'ils vous prennent du temps ? (...) Si vous avez cette impression là, quels types d'actes par exemple ?

5 : Ben, qui ne relèvent pas de nos compétences. Pour l'instant, le champ est vaste donc il y a pas grand ch..., il y a peu de monde à qui on pourrait déléguer pour l'instant mais bon, tout ce qui est éducation, prise en charge de l'asthmatique, montrer comment ça marche, pareil chez les diabétiques, la nutrition, en fait toutes les maladies chroniques. L'éducation thérapeutique dans les maladies chroniques ou notamment diététique mais aussi les trucs d'asthme. Je trouve que ça serait bien [qu'il y ait quelqu'un qui montre comment on fait...]

4 : [L'éducation du patient]

5 : Oui, l'éducation du patient

Donc là ça serait certains actes qui vous prennent du temps...

4 : Oui

Par exemple, pour l'asthmatique, [montrer comment marche un spray, ça vous...]

5 : [Oui]

2 : Le dépistage chez le bronchiteux chronique, voilà, les pick-flows qu'on pourrait faire faire par l'infirmière, ça gagnerait du temps etc les références.

3 : Je pense que ce qui prend le plus de temps, c'est l'explication de nutrition et tout ce qui tourne autour de la nutrition et prévention, [diététique.]

4 : [L'éducation thérapeutique]

3 : Maigrir et tout ça, ça prend du temps...beaucoup de temps. En même temps qui ne fait pas partie de...BEN, TOUT FAIT PARTIE DE NOS TACHES QUAND MEME...

6 : Est-ce qu'on va déléguer seulement parce que ça nous prend du temps ou est-ce qu'on va déléguer parce qu'on pense que quelqu'un peut le faire mieux que nous, aussi ?

2 : Voilà

3 : Oui aussi.

6 : On n'est pas bien...

3 : [Moi, je ne pense pas]

5 : [Moi, je pense que quelqu'un pourrait faire mieux], on est des fois pas suffisamment compétent...

6 : Moi aussi, ce n'est pas forcément uniquement une question de temps

2 : Voilà, je crois qu'on n'a pas de formation dans la prévention, l'organisation et l'explication de la prévention.

5 : [Des fois, j'ai l'impression que...]

1 : Moi, je pense qu'il faudrait, avant de définir la tâche des autres, ça serait bien de définir notre tâche à nous. Et moi, j'aurais plutôt tendance à penser que dans la définition du médecin généraliste, il rentre justement tout ça et qu'on a du mal à le faire parce qu'on manque de temps, parce qu'on n'est pas assez nombreux mais qu'à l'inverse déléguer des choses à droite, soit parce qu'on n'a pas le temps, soit parce que ça nous intéresse pas...tu vas plus être médecin généraliste mais médecin généraliste spécialisé dans un truc. Je pense que globalement, c'est un peu une remise en cause de la médecine générale telle que je la pensais moi. Y compris l'éducation, c'est vrai qu'il y a des tas de trucs qui me prennent du temps, que je n'aime pas forcément faire mais je pense que même, souvent mieux faits par d'autres éventuellement des gens qui connaissent, mais qu'inversement, moi quand je connais les gens, je suis capable d'avoir aussi un message peut-être ciblé, peut-être moins exact scientifiquement mais peut-être plus ciblé, je sais pas.

6 : Alors, moi, je pensais la même chose mais à l'envers en me disant : quelquefois on répète des choses aux gens et peut-être que comme on le répète toujours de la même façon, ça passe pas et que si une autre personne reprend dans un autre cadre le problème, ça sera mieux fait, tu vois.

1 : Non, mais je pense...

6 : Ce qui nous empêche pas nous de continuer à délivrer certains messages.

1 : Les réseaux qui existent déjà, c'est complémentaire mais je pense qu'il faut qu'on reste dedans. Si on est plus dedans...il y a quelque chose qui ne va pas.

2 : Oui

On va peut-être réaborder ça dans un...
Est-ce que vous souhaiteriez avoir plus de temps à consacrer aux actes médicaux proprement dits que vous venez de citer ? Est-ce que vous avez l'impression que si on vous retire cet aspect là, il y a des actes où vous auriez besoin de passer plus de temps ?

3 : Si on nous retire quoi ?

Ben ce que vous avez éventuellement cité tout à l'heure...

(...)

4 : Moi, j'y crois plein pot mais je sais pas si {rire}. Qu'on se reconcentre sur notre rôle de médecin si on parle d'un problème de démographie médicale, et qu'on veut faire des délégations de tâches, l'idée c'est de transmettre tout ce qu'est éducation thérapeutique, prévention, petits gestes, examen du nourrisson, éducation sur les anticoagulants, HTA, utilisation du glycomètre, enfin tout, éducation du patient asthmatique, ça peut très bien être donné à du paramédical mais là on parle dans un cadre qui serait différent de ce qu'on... qu'on fasse aussi une évolution sur la démographie. De manière péjorative, on peut très bien travailler avec du paramédical. On fait ça à l'étranger depuis des années avec un boulot qui est tout à fait constructif. Sur lesquels effectivement on peut déléguer des choses qui soient, qui soient chronophages mais pas que ça. C'est-à-dire que sur la prise en charge globale, nous, on se concentre, voilà, l'optimisation de l'ordonnance, si on passait un petit peu de temps dessus, on s'apercevrait qu'on a du boulot à faire dans nos consultations sur les effets iatrogéniques. Et qu'on ait un peu plus de temps sur...sur la recherche, l'épidémiologie ou la pharmacovigilance, et, bien se concentrer sur notre boulot de prescripteur. C'est quand l'ordonnance qu'on fait, qu'il faut qu'elle soit vachement juste. Mais moi, je pense qu'on pourrait aller vachement loin sur du travail avec des gens formés mais le problème c'est qu'ils ne sont pas formés. Ces filières, il faudrait travailler avec les IFSI, faut faire des bacs +3 +4 comme ça se produit dans certains pays et puis voir les formations, voilà, multidisciplinaires sur...

Donc, là, tu es sur quelque chose de théorique. Nous, on va rester relativement terre à terre...

4 : Oui, tout à fait

3) Situation actuelle

Actuellement, quelle est la nature de vos relations par exemple avec les paramédicaux de votre secteur, notamment les infirmières ? Est-ce que...vous n'avez pas de soucis particuliers ?
Est-ce que vous avez l'habitude de travailler avec elles, avec ces personnes, en collaboration étroite ?

Tous : OUI, pas de soucis

1 : Oui, on a tout ce qui est don du souffle, il n'y a pas de problème. Moi, je n'explique jamais comment marche un lecteur de glycémie.

6 : C'est pareil

1 : Avec les appareils, c'est toujours une infirmière qui fait ça, quoi. Donc, le stylo à insuline ou les trucs comme ça, c'est bon, là c'est vrai qu'on est obligé de sortir de notre tâche. C'est le boulot des infirmières, il n'y a pas de soucis.

4 : Il y a déjà une partie qui est faite...

Donc là, vous travaillez déjà un petit peu en collaboration avec ces infirmières pour un certain nombre de tâches ?

Tous : OUI

2 : On les a directement au cabinet, nous aussi. On est dans un cabinet de groupe où il y a 3-4 infirmières. On se croise souvent donc on a beaucoup d'échanges.

3 : Moi, j'aimerais provoquer des rencontres avec les infirmiers de mon village, par exemple. Parce que souvent, c'est moi qui suis à l'initiative de trucs laissés par écrit, de cahiers ou de classeurs laissés au domicile des gens et puis, j'ai l'impression que je n'ai pas de retour. Eux aussi, ils bossent un peu tous seuls de leur côté.

2 : C'est autre chose, vous n'êtes pas dans la même structure.

3 : On n'est pas dans la même structure.

2 : Pas dans le même lieu

3 : Non, on n'est pas dans le même lieu

Donc, vous, le personnel infirmier est dans le même lieu ?

2 : Oui, dans le cabinet

Vous travaillez aussi avec des personnes qui ne sont pas dans le même lieu, vu les patients que vous soignez, ils ne le sont pas tous ?

1 : Oui mais enfin, je n'ai pas le sentiment qu'il y ait...des soucis de cet ordre là, quoi...

2 : Mmh

3 : Moi, tu vois, des fois, c'est parce que je vais à la boulangerie, ils me disent « oh, au fait, mme machin ». Ça serait bien que ce soit plus professionnel et puis, ça aurait été bien qu'on soit tous ensemble.

6 : Mais vous ne vous appelez pas ?

3 : Ben, de temps en temps mais...il y a bien des fois où ça serait eux qui devraient nous appeler. Moi, déjà, j'ai peu de personnes âgées mais le peu que j'ai, je vois bien que, moi qui était hospitalière avant d'être libérale, ça m'a beaucoup manqué, ça. Le fait de pouvoir avoir le contact avec les paramédicaux. Parce que c'est swiii {onomatopée signifiant la rapidité des échanges}.

4 : Nous, on les voit tous les matins. Si tu veux, il y a un échange.

6 : Oui, on en voit 2. On en a 2 seulement.

4 : Oui, on en a 2 majoritairement sur notre secteur.

Et donc, avec les autres ?

5 : Oui, tout va bien

6 : On s'entend bien avec toutes mais moi, je travaille beaucoup avec les autres, paradoxalement. Je ne sais pas pourquoi, ça tombe par hasard, des histoires de géographie. Donc on communique pas mal au niveau...parce que même, celles qui viennent ici, j'ai du mal à les voir le matin. Elles sont là de 9 à 10 et donc pas très longtemps. C'est vrai, si elles ont un problème, elles nous appellent là où elles travaillent, voir un pansement, voir une plaie ou discuter au secrétariat d'un cas clinique, ça c'est clair.

3 : Moi, je trouve que...elles passent par les familles pour me dire...

6 : Mais pour d'autres personnes que j'ai eu, en fin de vie à domicile, on a un cahier de liaison au domicile du patient et on se téléphone régulièrement. Ou si il faut, on se retrouve sur place à telle heure, tel jour.

Donc, ces infirmières que tu ne vois pas, qui ne sont pas dans la maison, qu'est-ce que tu leur délègues comme tâche par exemple ? Des tâches différentes ou les mêmes que celles du personnel d'ici ?

6 : Les mêmes

Les mêmes ? C'est-à dire ?

4 : Il se trouve qu'on ne délègue pas grand-chose...

6 : On ne délègue pas grand-chose. Non, mais la question c'est est-ce qu'on a un bon contact avec nos infirmières ?

4 : On a un bon contact mais on ne délègue pas grand-chose

6 : Elles font les surveillances de pansements, les traitements d'ulcères...

3 : MAIS QU'EST-CE QU'ON PEUT DELEGUER ? QU'EST-CE QUI EST DELEGABLE ?

6 : Des surveillances de tension...

Peut-être qu'on va passer à la question suivante, ça tombe pile poil...

4) Souhaits des médecins interrogés

Donc, vous seriez prêts à déléguer certains actes aux infirmières de votre secteur afin de vous libérer du temps médical. Quels actes seriez vous prêts à déléguer et puis lesquels et à quelles conditions ?

3 : Moi, je crois que je ne serais pas prête à déléguer des actes mais à améliorer certaines choses qui sont mal faites ou pas faites ou peu faites. Les diabétiques, ils sont éduqués au départ à l'hôpital, c'est tout. Après, les infirmières prennent le relais en montrant comment marche un dextro, ce qu'il faut faire en cas d'hypo, tout ça, mais c'est des choses qui ont déjà été initiées à l'hôpital. Alors, peut-être que ça peut se créer en ville, peut-être...

Même les diabétiques de type 2 ?

3 : Ben, les diabétiques de type 2, ça va tourner beaucoup autour de la nutrition quand même, ça c'est pareil...

Mais ils ne vont pas à l'hôpital...

3 : Non, ils ne vont pas à l'hôpital mais eux, ils ont pas...ils font ce qu'on leur dit, quoi. Est-ce qu'ils savent pourquoi... ? Là, peut-être que quelque chose peut se créer effectivement mais d'ailleurs, on les enverrait vers les diététiciennes si elles étaient remboursées. Moi, je pense que j'enverrais beaucoup de monde vers les diététiciennes si elles étaient remboursées. Il y a des professions comme ça, qu'on envoie pas parce que c'est pas remboursé...

6 : Mais là, du coup, c'est pas vraiment de la délégation [...]

3 : [ON ENVOIE BIEN CHEZ LES KINES, LES INFIRMIERS. Tout ceux à qui on envoie des trucs, ils sont remboursés. Il y aurait une diététicienne ici, remboursée, je pense que tu lui enverrais du boulot.]

6 : Oui, oui, non mais ça c'est sûr...

Donc par exemple, est-ce qu'il y a des actes que vous délégueriez facilement comme les vaccinations, [certains dépistages], l'évaluation du risque vasculaire, les dépistages...

6 : [Les vaccinations, c'est déjà fait nous ici...]

3 : [Ah bon ?]

6 : [Mais pas les vaccinations des nourrissons...]

2 : [Oui, peut-être pour le dépistage...peut-être par des questionnaires aussi.] Il y en a plein qui peuvent servir, le dépistage, je ne sais pas, des infections prostatiques, du suivi de la douleur...Il y a des questionnaires qui existent et dont on se sert peu en fait...

3 : Oui

5 : Oui

4 : ça, on l'aurait déjà dans le contexte actuel, sans être rêveur, mais si tu veux, je peux aller droit dans le rêve mais. Déjà, ce qu'on ne fait pas parfaitement, pas trop mal avec les nôtres, elles sont formées par le réseau Gentiane. Par exemple, tout ce qui est suivi des insulinés à domicile, elles le font, de fait, mais ce n'est pas complètement officiel et pas totalement clair sur les délégations des adaptations de doses d'insuline. Dextros, doses d'insuline, ça, ça devrait être quasiment obligatoire de par leurs fonctions et sur certains trucs, avec des capacités de prescription, je veux dire des renouvellements quand elles en ont besoin. On a des ordonnances à renouveler, sur des soins de pansements, bon, apparemment il y a des modifications [...]

6 : [C'est fait, oui.]

4 : Mais sur des prescriptions de ce type-là, avec des protocoles, je ne vois pas pourquoi elles pourraient pas renouveler les insulines des gens etc. En théorie, ça change rien en terme de qualité de soins. Sur les suivis des ulcères, je pense qu'elles pourraient très bien avec des pertinences supérieures aux nôtres avec des formations qui sont faites chez...Ou elles pourraient très bien avoir des suivis des plaies, suivi des ulcères avec plus de pertinence, plus d'expérience que nous. Plus on en fait, on fait bien ce qu'on fait plus fréquemment. Avec pareil, une capacité de prescription qui ne me dérangerait absolument pas.

1 : C'est vrai

4 : Avec la délégation de compétences, on ne prend pas de risque.

Donc, dans les maladies chroniques, vous verriez...

4 : Les adaptations des anticoagulants me paraissent aussi un truc qui est à suivre et qu'elles pourraient très bien faire. Elles savent qu'elles injectent les mecs, si on doit faire les plaquettes 2 fois par semaine, pourquoi ça serait pas elles qui puissent gérer cette histoire-là ? Et modifier les doses. On donne des objectifs. Si ces objectifs sont réalisés, on y va. Nous, on est tout le temps en train de jongler avec ça au téléphone entre les prescriptions, les ordonnances etc. On pourrait imaginer dans la même suite des surveillances de tension, on les fait en ambulatoire, elles passent. On pourrait avoir des systèmes de grilles et de contrôle aussi comme ça...

Donc, [par exemple sur le...]

6 : [Sur la surveillance de tension], elles le font [déjà sur prescription.]

4 : [On le fait nous, mais on n'a pas à faire ça...]

6 : Mais elles n'ont pas de prescription possible après...Est-ce qu'on laisserait ou pas [adapter un traitement ?]

4 : [Non, pas forcément] mais que les gens reviennent avec un suivi de...

2 : [Oui, non, ça je pense pas...]

4 : Si vous voulez, quand elles passent, que ça soit systématique dans l'examen etc.

2 : Mais après leur laisser une prescription thérapeutique, non, je ne ferais pas. Je ne serais pas prêt à laisser mais adapter effectivement des choses comme des doses [d'anticoagulants...]

4 : [Voilà...]

2 : ça oui, comme par exemple les doses d'insuline...

Donc par exemple, si j'ai bien compris, tu prescrirais l'héparine de bas poids moléculaire et tu dirais à l'infirmière de se débrouiller avec les plaquettes, de le faire à tel rythme, elles pourraient le faire toutes seules...

4 : Voilà, on met des objectifs, on a des petites fiches ici. On met des objectifs d'INR ou d'efficacité. Il faut bien que ça soit prescrit...mais on dit c'est pendant 15 jours et voilà, il y a des suivis au niveau des plaquettes. Dans le

contexte actuel, c'est quand même elles qui les ont les résultats. On est un peu obligé de s'organiser de manière rigoureuse pour les avoir. Elles pourraient très bien, en même temps qu'elles font leur fraxi par exemple, contrôler les plaquettes et regarder les résultats des TCA...

2 : Passer chez les gens aussi pour les adaptations réelles thérapeutiques parce que par téléphone on a quand même des soucis entre ½, 1 et ½ {brouhaha avec acquiescement de tous les intervenants}

4 : c'est clair que l'observance du Previscan, il y a des cas...on rame quand même pas mal...

2 : [C'est dangereux même...]

4 : [Ce n'est pas simple de savoir...]

2 : Moi, j'ai eu un cas comme ça. Une personne qui savait pas lire et pas écrire et qui a fini avec une ischémie du membre inférieur, il n'y a pas très longtemps donc.

Donc là, vous avez parlé dans les maladies chroniques mais dans la promotion de la santé. Est-ce que ces personnes pourraient par exemple être vues tous les ans ou tous les 2 ans des malades...quand ils sont bien portants... ? {Brouhaha avec acquiescement des participants}

6 : Ça serait l'idéal

4 : Ça, c'est une nouvelle consultation qui n'existe pas mais qui est en expérimentation à Besançon, qui est géniale. Un système avec un interrogatoire sur un petit logiciel de rien du tout, tu prends 1 heure et tu cibles tes personnes. Tu pourrais faire de la prévention de manière extrêmement importante avec des objectifs derrière. Alors là, reconsultation chez le médecin s'il y a des pathologies, qui vont justement du contrôle de tension, contrôle de poids, glycémie et un électrocardiogramme de base et tu cibles tes 55 ans ou je ne sais pas quoi.

1 : Mais tu vas la faire tous les combien ? Moi...

4 : Une fois par an...

1 : Pour moi, la prévention c'est pas du quotidien mais, je veux dire, si l'après-midi, tu vas voir des gens une fois par an pour une consultation de prévention, et après, tu es tranquille ?

4 : Non

5 : Non,...

4 : Ce qu'on a là, c'est de dire que la prévention, on va la chercher chez des gens qui ne sont pas, ce ne sont pas ceux qui viennent au cabinet. {Brouhaha incompréhensible}

6 : Donc, finalement c'est créer autre chose...

2 + d'autres : Oui, c'est ça...

1 : ...mais inversement. Par exemple, faire la consultation du pharmacien pour la prévention, chez des gens qui vont à la pharmacie, ça me semble (...). Je veux dire, je ne vois pas où est sa place et même la consultation de prévention, logiciel bien fait ou pas bien fait, je sais pas moi. Mais tu vois quelqu'un pour faire une consultation de prévention, tu l'interroges bien sûr mais tu l'examines aussi et est-ce que les consultations de prévention telles qu'elles se montent à Besançon, il y a les 2 éléments qui me semblent fondamentaux ?

4 : Oui

1 : Bon, ça, c'est bien. Par exemple, dans celle fait par le pharmacien, on squeeze l'examen clinique. La prévention, ça passe aussi par un examen clinique, par un interrogatoire. Le jour où la médecine va se résumer à un interrogatoire avec des facteurs de risque et avec des conduites qui vont sortir, tout ça, effectivement je pense qu'on va pouvoir déléguer plein de choses. Mais, le rôle du médecin généraliste, il va falloir complètement le redéfinir et à mon avis, c'est peut-être un rôle qui va venir mais c'est pas celui que je sais faire...

5 : MAIS CE N'EST PAS POUR TOI...

1 : J'entends bien que ce n'est pas pour moi mais moi, ce que j'essaie de défendre, enfin défendre, je ne me sens pas du tout menacé, c'est un peu ce pour quoi j'ai fait de la médecine générale, avec tout ça, avec la prévention, avec les trucs que tu fais bien, d'autres que tu fais moins bien et que tu continues à faire parce que tu n'as pas le choix et qu'il faut les faire et...

5 : MAIS CEUX-LA, ON LES VOIT PAS CEUX-LA...Les gens, quand ils viennent te voir, ils viennent pour quelque chose...

1 : Je comprends bien, je parlais de la prévention dans le cadre de mon cabinet...

5 : Mais là, on est dans le cas de la délégation de tâches, donc c'est forcément le médecin qui a délégué à des infirmières donc c'est des personnes que vous voyez...

6 : ça sera sur notre secteur, des gens qu'on va peut-être voir une fois tous les 5 ans... {Brouhaha inaudible}

1 : Mais si c'est quelqu'un que je ne vois pas, effectivement la prévention de cette sorte...mais ce n'est pas une délégation de tâches, c'est pas des tâches à moi puisque c'est des gens que je ne vois pas...

2 : Oui

5 : Donc, on peut être le coordonnateur justement de ça. Nous, on est le pivot, c'est notre boulot d'être au centre...

2 : De rassembler l'information...

5 : Oui, on va simplement demander les infos aux autres, rassembler et prendre la décision. Ce ne sera pas la machine qui va la sortir mais bien nous qui allons décider la prévention derrière ou des choses comme ça. Mais on est bien au centre quand même de la prise en charge du patient...

6 : En tout cas, on doit bien veiller à y rester. C'est-à-dire qu'il ne faut pas que ce soit un énième examen, dans un énième endroit, dont on n'aura pas les résultats comme les examens de sécu qui se font quelque part, un bilan à l'hôpital, un bilan à la sécu et puis un bilan chez nous. Et puis après, pas de synthèse. Il faut pouvoir faire la synthèse et aboutir à une démarche personnalisée de la personne dans son cadre de vie...

4 : Il n'est pas question de faire de doublon. C'est de recruter des gens qui...On sait très bien qu'en fait, on fait de la prévention de manière majoritaire sur des gens qui de toutes façons sont sensibles. C'est-à-dire qu'on voit très bien qu'en prévention, quand tu regardes les études, on n'apporte rien parce qu'en fait on ne va pas chercher les gens à risque, on va chercher les gens qui de toutes façons on va dépister. Si l'idée, c'est d'aller les chercher ailleurs, on fera plus de la santé globale sur ta région. Ça ne va pas nous piquer du boulot...

2 : C'est plus de la délégation de tâches... {Brouhaha inaudible}

De toutes façons, on va se concentrer sur la délégation de tâches. Ça, c'est autre chose...

4 : Sur la prévention par exemple, je veux dire, le fait d'en parler sous cette forme-là, j'arrête c'était simplement de dire, nous, on n'a pas le temps de faire ça sur la totalité de la population. C'est un truc qui peut être délégué...avec une formation spécifique.

Donc, là, on est dans un autre...mais moi, je voulais parler par exemple. Est-ce qu'on verrait par exemple des infirmières à qui on dirait vous vérifiez les vaccinations des enfants qui arrivent au cabinet, vous regardez si les gens ont fait leur frottis, vous leur faites leur frottis ?

3 : Non, moi, je ne suis pas d'accord. Moi, le nourrisson, je le prends, je le prends quoi. Je le vois, j'aime bien savoir où ça en est, j'aime bien suivre l'évolution des vaccinations, j'aime bien faire ça...

2 : Bon, après, ça dépend un peu...On revient toujours à la définition de départ. Est-ce qu'on fait ça pour augmenter un peu l'efficacité de la prise en charge du patient ou c'est uniquement du fait qu'il va y avoir un manque de médecins généralistes et c'est pour pallier à ce manque. Donc, c'est pas tout à fait la même chose...

6 : Moi, j'avoue que je ne suis pas très motivée non plus pour déléguer énormément dans la mesure où pour le moment on n'est pas surchargé de travail...

2 : Dans les autres pays, pourquoi ça a été fait, il y a des infirmières cliniciennes, on sait. Est-ce que vraiment il faut des infirmières cliniciennes qui fassent des actes très techniques ou c'est juste de la prévention, c'est autre chose.

6 : Pour le moment, on peut déléguer à d'autres personnes des choses bien intéressantes...

3 : Moi, je pense qu'on peut déléguer pour améliorer, comme je disais tout à l'heure, dans le sens où par exemple des diététiciennes pourraient être remboursées, il y a des professions qui pourraient être remboursées, on pourrait améliorer beaucoup. Ou des espèces d'infirmières du pneumologue pour l'asthme etc, des infirmières du diabéto pour ça, ça oui. Et puis déléguer pour nous décharger, après ça, c'est région par région, cabinet par cabinet ou je ne sais pas quoi. Parce que moi, je ne suis pas...

1 : Morceaux par morceaux {Rire}

2 : Tout à fait

1 : Tu vas déléguer la tension, tu vas déléguer le diabète, tu vas déléguer l'ulcère de pied et il se trouve que quand même la personne, elle a la fois de la tension, l'ulcère de jambe, le diabète ou n'importe quoi. Si on veut déléguer, il ne faut pas oublier que... {Brouhaha}

2 : Là, on revient vers le spécialiste. C'est vrai qu'on va le découper un peu et à quel moment va se faire la coordination un peu de tout ce qu'on va recueillir. Ça, c'est vrai, c'est ce qu'on trouve à l'hôpital et qu'on n'a pas en ville, moi je peux en parler, où on parle avec beaucoup de gens et où on échange vraiment de l'information. Là, est-ce qu'on aura le temps en plus d'échanger de l'information... ?

6 : Ou alors, ça va prendre encore plus de temps, de bien récupérer les infos des uns, des autres.

Donc, là, ce que vous souhaiteriez déléguer, ce serait plutôt quoi ?

(...)

5 : C'est l'éducation...

2 : <u>L'éducation thérapeutique</u>, le suivi, certaines pathologies, l'asthme, la BPCO {Acquiescement général}

4 : On peut très bien imaginer des petits gestes, pour l'avoir vu ailleurs. Si tu as quelqu'un à ton cabinet qui est intégré, faut voir aussi les modes de financement. C'est ça qui est important, faut voir comment ça se passe en Angleterre, c'est des gens qui sont quasiment payés par le système. Si tu as des petites sutures, il n'y a aucune raison que ce ne soit pas fait par quelqu'un d'autre. Ce n'est pas un geste médical. Voilà, donc les délégations, on peut aller plus loin dans la réflexion, effectivement dans un cadre. Si tu arrives à 60 actes par jour, tu ne peux pas faire ça. Si tu veux bien faire ton boulot...

6 : Mais on n'est pas à 60 actes aujourd'hui, c'est pour ça que...on se sent pas trop motivé.

1 : Déléguer c'est bien mais moi, je ne veux pas déléguer le nourrisson par exemple, j'ai envie de le toucher. Moi, j'avoue que quand je suis un peu à la bourre, si elles arrivaient à les peser, les mesurer, les métrer, moi ça ne me gênerait pas. Et la suture qui arrive au milieu des consultations, ça, je la déléguerais très volontiers parce que j'aime pas plus ça, ça me bouffe du temps et puis je sais bien qu'il y en a qui aiment beaucoup suturer et qui surtout ne redoutent pas la suture qui arrive. Donc le problème, c'est de savoir ce qu'il est utile de faire et non pas ce que tu as envie de déléguer, toi, sous prétexte que ça te plait ou ça ne te plait pas. {Acquiescement général puis rire} C'est la difficulté, quoi.

<u>5) Les principaux freins</u>

Donc, là, vous avez émis quelques freins, quelques réticences. Voilà, je crois que c'est évident d'autant plus que c'est une idée nouvelle donc je pense que ça serait un petit peu intéressant de creuser un petit peu là-dessus. J'ai

compris qu'il y a des choses que vous ne voulez pas déléguer parce que vous estimez que ça fait partie de votre travail de médecin.

6 : Et qu'on a du plaisir à le faire

{Brouhaha inaudible}

4 : La crainte que l'on va retrouver dans la délégation, mais il y a deux manières d'être, c'est la crainte de la baisse de notre activité mais ça dépend comment on raisonne. Soit actuellement on dit qu'il va y avoir des difficultés et on multiplie les médecins par 10, soit on va avoir des difficultés et on prend des paramédicaux sur lesquels on délègue quelque chose, donc c'est là qu'on va avoir un frein médical et effectivement c'est qu'est-ce que ça va nous piquer comme patients là dedans ? Donc après, on revient sur les réflexions : est-ce qu'on doit continuer à être payé de la même façon ? Si dans la prise en charge globale des patients, tu inclus le salaire de tes infirmières, c'est complètement différent. C'est ce qui c'est produit en Angleterre, on te les donne ces personnes-là donc la délégation, tu la fais sur des qualités...bon, à la limite, j'exagère à peine un petit peu mais ça revient ça. Si on veut réfléchir sur de la délégation de tâches et que tu avais du paramédical, on peut aller plus loin...

Donc, là, tu mets en exergue un des problèmes qui est le financement de ces infirmières. Donc tu parles éventuellement d'un paiement...enfin ton paiement, ta rétribution, c'est toi qui rémunèrerais ces infirmières-là. On n'est pas dans ce système-là actuellement donc à priori, faudrait trouver un autre moyen de financement, non, je ne sais pas ? Est-ce que ça, ça semble un problème : faire une ordonnance de surveillance diététique ou surveillance... ?

4 : En paiement à l'acte et..., c'est quasiment irréalisable. Ça se fait mais ça ne marche pas bien. On peut imaginer qu'il y a des fonctionnements comme ça se produit dans certains pays où en fonction d'objectifs de santé publique comme le taux de vaccination, comme ça se produit en Nouvelle Zélande, quand tu as 85% de ta population qui est vaccinée, tu as le jackpot, quoi. Sur tes mammographies, tu as le même système, sur les résultats de tes hémoglobines glyquées, comme ça se produit de l'autre côté de la France, là aussi tu t'aperçois que les objectifs augmentent quand tu fais de la délégation de tâches avec de l'éducation thérapeutique derrière, ce que nous, on n'a pas le temps de le faire. Et les résultats peuvent se faire sur des résultats de ce type-là...si on veut aller plus loin dans ce raisonnement-là, on peut imaginer qu'il y ait des mises en place de forfaits par patients, par zones, par ce que tu veux. Le paiement à l'acte, il existe dans certains coins avec des actes payés pour ces infirmières, c'est aussi possible.

2 : Je trouve que ça devient compliqué après. A ce moment-là, carrément faire des centres de santé par canton et rentrer dans le salariat. Moi, je ne vois pas l'intérêt de continuer dans le libéral alors que tu n'as plus de libéralisme. Les choses seraient plus claires, je pense, plus simples...

Donc, oui, il y a un problème de paiement, qui pose problème, enfin qui n'est pas clair...

4 : Ce qui existe en ce moment, c'est vraiment [une catastrophe] mais on ne peut pas y réfléchir comme ça...

2 : [C'est clair]

Est-ce que vous avez des problèmes de responsabilité qui vous gêneraient. Quand vous déléguez des choses, est-ce vous craignez...

3 : Ben oui, déléguer des choses et ne pas savoir ce qui se passe derrière. Si on délègue et qu'il y a un problème...ben, quand on délègue, si on est à l'hôpital et qu'on délègue à un interne ou qu'on délègue à une infirmière, ça vous retombe dessus s'il y a un soucis. Ben, là, ça sera pareil. Ou ça va nous prendre du temps parce qu'on voudra contrôler ce qui a été fait ou on contrôle rien, et puis (...) [Ou alors, c'est de leur propre...]

6 : [ça devrait être de la responsabilité de chacun, à ce moment là...]

3 : [Oui]

6 : ...sous la responsabilité propre de l'infirmière dans la tâche qu'elle fait. On avait pris l'exemple d'un suivi d'une plaie avec les prescriptions, à ce moment-là, il faut aussi qu'elle ait son indépendance et sa responsabilité qui soit engagée à elle, personnelle, ç'est à dire qu'elle soit formée et puis...

2 : Responsable du soin...

6 : Oui, il faut aller jusqu'au bout. C'est difficile d'être responsable des décisions des autres. Personnellement, je pense que ce n'est pas possible. A ce moment-là, il faut qu'il y ait une nouvelle législation, des choses qui se mettent en place...

3 : Oui, mais si tu commences à laisser prescrire des anticoagulants, des choses comme ça c'est...

6 : Prescrire des médicaments, c'est pas très compliqué non plus, je veux dire : lire un Vidal, les effets secondaires, les interactions...

3 : Les interactions, déjà, [ça commence à poser problème...]

6 : [Comment ?]...mais sur des domaines très précis, certains groupes de médicaments, c'est-à-dire qu'elles auront pas forcément toutes les prescriptions. C'est pour cela qu'on disait tout à l'heure peut-être pas l'hypertension parce ça commence à être beaucoup plus large et à faire intervenir d'autres facteurs mais...

Si vous déléguez un acte, c'est quand même vous qui en avez la responsabilité d'une certaine manière...

2 : Ben, la responsabilité initiale mais après c'est totalement délégué, peut-être faut-il que les responsabilités soient partagées...

6 : C'est-à-dire que moi, je pensais que la délégation de tâches, c'était un nouveau système de santé aussi qui allait se mettre en place, avec une nouvelle redéfinition des responsabilités, que ce n'était pas nous qui allions décider d'un seul coup que telle partie de la médecine, on pouvait décider de la confier à une infirmière...

3 : Je vous ai entendu parler de délégation, de faire des actes téléphoniques par les infirmières alors ça, déléguer ça, jamais de la vie parce que...{Rire}ça, au niveau responsabilité, pour le médecin qui le délègue, bonjour...

Donc...

6 : C'était quoi les actes téléphoniques... ?

3 : BEN, JE NE SAIS PAS, C'EST QUOI ? {Brouhaha inaudible}

Ben, faire de la régulation téléphonique par exemple pour les urgences dans d'autres pays...

3 : LES INFIRMIERES ?

Oui. Dans d'autres pays, elles répondent par exemple à « 9 h du matin, il y a Mme Luc qui téléphone parce que son gamin a 39,5° et puis, je ne sais pas, il tousse, il a le rhume et puis elle peut donner des conseils téléphoniques...

3 : Alors, il faut carrément poser des limites enfin...Là, tout se mélange, [c'est notre boulot là...]

2 : [C'est des infirmières cliniciennes...], elles sont formées à la clinique...

6 : On est preneur ou pas preneur...

Est-ce que tu peux expliquer ce que tu veux dire ? Explique ce qui t'inquiète...

3 : Ben, pas forcément ce qui m'inquiète...mais moi, quand je régule, j'essaie de penser à des tas de choses, il y a des tas de diagnostics qui me viennent en tête enfin je fais appel à tout ce qu'on m'a enseigné. Donc ça veut dire que ce n'est pas la peine d'en savoir autant pour savoir faire ça ou bien on va leur laisser faire ça en faisant prendre un risque à ceux qui appellent et puis encore aussi à ceux qui délèguent.

6 : En même temps, il semble que nos secrétaires font déjà un peu ça quand elles...La plus ancienne de nos secrétaires le fait très bien...

2 : [Tout à fait]

{Brouhaha mais acquiescement général}

3 : Oui mais alors ou c'est trop ou trop peu.

5 : Faut mettre un cadre dans tout ce qui est fait : telle pathologie où on donne tel conseil et après du moment où ça dépasse, il faut que...

3 : Oui, mais c'est très limité les conseils que donnent les secrétaires...

6 : C'est très limité, un enfant qui a de la fièvre...

5 : C'est très limité mais c'est très souvent donc ça pourrait aussi nous décharger sur certaines choses. Ça pourrait nous décharger puisque les secrétaires, elles le font déjà, des trucs très légers...

Qu'est-ce que tu as délégué à tes secrétaires sur tes appels téléphoniques ?

5 : Sur les appels téléphoniques...

2 : Le degré d'urgence de la visite...

3 : Oui, c'est ça...oui, nous, on leur demande de savoir [si c'est urgent ou pas...]

6 : [C'est intuitif]

2 : Ben, oui

6 : Est-ce que tu l'autorises à dire à la patiente qu'elle peut donner une dose de Doliprane égale au poids de l'enfant, en attendant la consultation...

3 : NON

6 : Si la maman veut absolument voir le médecin le matin à 9h30 parce qu'il a 40° de fièvre, est-ce que tu l'autorises à dire : « Ecoutez, donnez lui jusqu'à cette heure là, toutes les 6 heures, une dose de Doliprane égale au poids... »

3 : Non, elle ne le dis pas parce que de toutes façons, il attendra quand même et si c'est urgent, il rappellera, quoi...

5 : Je crois qu'elles sont habituées, elles peuvent dire, bon pas la dernière parce qu'elle est bien trop jeune, « vous donnez quelque chose pour la fièvre, point barre ». Les parents, en général {Rire}, doivent savoir ce qu'ils doivent donner et puis, il verra tout à l'heure. Mais faut pas commencer, ah non non...

Et toi, tu t'es fait une opinion là-dessus ?

1 : Non, pas trop, là j'ai...

2 : Elles font le tri...

1 : Non, c'est vrai quoi. La réponse au téléphone, ça s'apprend, ce n'est pas une question de délégation, ce n'est pas notre boulot de répondre au téléphone. Nous, on est en groupe, on a une secrétaire. Effectivement, on a des secrétaires non formées et c'est bien fait pour nous et sûrement qu'on n'est pas toujours satisfait de ça mais pour moi, ce n'est pas du tout une délégation. Notre niveau, c'est de répondre aux gardes alors on a délégué nos gardes, on les a bradées nos gardes (...) ça fait partie aussi partie des choses qui partent et qui vont plus être du ressort du médecin généraliste (...) ça va se faire comme ça, alors tant pis ou tant mieux, j'en sais rien mais voilà, c'est encore une chose qui est partie mais l'appel au téléphone...

Comment ça, les gardes ne font plus partie du rôle du médecin généraliste ?

3 : Pourquoi il dit ça ? {Rire}

6 : Parce qu'il n'a plus envie de les faire...

1 : Non, c'est vrai que c'est certainement le genre de truc [qui ne m'a jamais attiré...]

2 : [ça, c'est un autre problème]

1 : ...je ne suis pas attiré par la garde plus que ça. Mais la garde dans un avenir proche, avec la Corelie ça va être le cas, le médecin généraliste va sortir de la garde (...) plus ou moins complètement mais bon, plutôt plus complètement que pas du tout. Pour moi, c'est un morceau de la médecine générale qui ne m'intéressait pas mais qui ne fait plus partie de la médecine générale. Alors sur la douleur thoracique constrictive, l'histoire d'un régulateur c'est très bien parce qu'ils n'ont plus besoin de passer par nous. Par contre, à mon avis, il y a encore un certain nombre d'appels nocturnes pour lesquels le médecin généraliste avait encore son rôle à dire et son rôle à tenir...à condition...

5 : IL A ENCORE SON ROLE A TENIR...

2 : Oui, je suis un peu d'accord avec Q. On va sortir un peu du système, enfin bon c'est notre domaine, du volontariat obligatoire rural...

1 : ...on va se retrouver bientôt dans un cabinet de trois, où on a trop de boulot, à deux pour faire les gardes de nuit donc on va faire appel à Pagney en disant vous...Pagney, on sait très bien qu'ils disent depuis un petit moment, la Corelie, et puis on va dire oui...bien sûr mais parce qu'on n'aura pas les moyens de dire non...

2 : [C'est au conseil de l'ordre de gérer ça...]

3 : [Oui mais alors je ne te comprends pas...]

{Brouhaha inaudible}

Je me permets de vous couper car on sort du sujet...

4 : Une petite réflexion comme ça rapide, c'est que la délégation de tâches, elle existe de fait à l'hôpital quand tu fais par exemple les anticoagulants, les gens qui te répondent, ç'est pas des médecins donc on a bien pu former des paramédicaux, ça, c'est le premier truc. Deuxièmement, au niveau de la délégation de tâches, elle existe aussi dans nos cabinets mais de manière complètement informelle et on ferme les yeux c'est-à-dire...sur l'écoute des secrétaires, il n'y a pas de formation qui est faite ici. Il y a des cabinets où ils mettent des cahiers des charges : conduite à tenir sur les températures, sur une douleur abdominale, sur un mal de tête etc en disant ça, vous pouvez y répondre et à partir de ça, vous devez retransmettre les coups de téléphone aux médecins. Nous, on fait pour l'instant comme si il ne se passait rien, si tu veux, en se disant pourvu qu'il n'y ait pas de pépin. On t'appelle chez madame « untel » pour une urgence mais tu n'as pas demandé à ta secrétaire réellement de faire un interrogatoire, ça se fait ou ça ne se fait pas, mais on ne leur a jamais dit « il y a un cahier des charges ». Donc, la délégation masquée en mettant la tête sous le bureau, elle est déjà existante mais pas organisée. C'est simplement ça que je voulais dire, c'est qu'on pourrait la formaliser et c'est pas forcément...En Angleterre, ils ont des secrétaires avec une formation médicale, sur lesquelles tu peux avoir une capacité de réponse, plus des petits soins. C'est une formation intermédiaire qui existe, non prescriptrice. Je dis simplement que nous, ça serait bien qu'on s'organise un petit peu...

2 : Moi, ça me semble dangereux. Nous, les secrétaires, elles ne répondent pas à ce niveau là, elles font un petit tri, je veux dire, pour voir en fonction de l'âge, de la pathologie initiale mais s'il y a un soucis, elles passent au médecin qui est présent dans le cabinet pour voir vraiment s'il y a quelque chose d'urgent. Il n'y a pas quand même un traitement unique, une réponse unique sans avis médical initial...

4 : Ben, on voit bien la différence entre nos secrétaires. On a une secrétaire ancienne à laquelle on fait totalement confiance. Quand il y a les autres, on est un petit peu plus prudent et ça ne s'est pas toujours bien passé en terme de réponse téléphonique...

Donc, il y a des délégations de tâches à des personnels qui ne sont pas des personnels médicaux...

5 : Et qui ne sont pas formés...

1 : Nous, notre ancienne secrétaire qui n'était pas formée, elle n'avait aucune formation médicale mais par contre elle connaissait tous les gens. Et quand il y avait monsieur « untel » qui appelait en disant « il faut qu'on voit le docteur, si possible aujourd'hui », il fallait courir. Elle n'avait aucune formation, par contre elle savait, elle connaissait les gens, c'était très précieux. Quand elle disait « il faut aller vite », on abandonnait tout de suite ce qu'on était en train de faire et puis on fonçait...

2 : Ce n'était pas uniquement de l'intuitif, c'était de la connaissance...

1 : Et ça, je pense que tu auras beau les former, c'est pas...

Donc il y a un problème de compétences de ces personnels à qui on va déléguer...

{Affirmation collective}

C'est un des freins...

4 : C'est une des raisons pour lesquelles on ne discute pas de la même façon, c'est que ces personnes là n'existent pas. Si on va sur la délégation de tâches, il faut mettre un cahier des charges de formation de ces gens, c'est évident. Si ça se fait, c'est sur des expérimentations actuellement mais on se demande même quel type de formation est possible actuellement. Ça n'existe pas...

Donc il faudra bien...

4 : Mettre un cahier des charges derrière...

Donc il faudrait peut-être déjà savoir comment ces personnels sont formés dans les instituts de formation, les IFSI...

1 : Et puis savoir ce qu'on veut leur déléguer aussi...

{Brouhaha mais tous les participants semblent du même avis}

6 : Il y a un problème de définition...

3 : Et puis en plus, on ne leur a même pas demandé leur avis. Parce que les infirmières, si on leur demande de faire ça en plus, à mon avis, elles risquent de ne pas être d'accord. Elles ont trop de travail, elles sont toujours pressées, il y a des trucs qu'elles font...alors si en plus, tu vas leur demander de passer une demi-heure...

6 : Est-ce qu'il y aura plus d'infirmiers ? Est-ce que ce ne serait pas une autre profession...

4 : C'est une autre profession...et je pense que tu peux, au contraire, quand tu les vois travailler ailleurs, c'est une stimulation monumentale parce qu'elles sont dans un rôle médical qui est complètement différent. On les sort de l'exécutif, de l'exécution de l'acte pur et dur comme on fait faire nous, de l'injection stupide. Tu leur donnes un rôle de soins et ces gens-là, au lieu d'en avoir deux ici, il en faudra trois ou quatre (...) avec un rôle thérapeutique derrière...

1 : Est-ce qu'on peut imaginer un appel téléphonique, une gestion rapide par la standardiste, avec le téléphone qui est retranscris, retransmis à une infirmière qui est dans le cabinet, pour donner les premiers conseils et les résultats, je ne sais pas, on peut imaginer tout...qu'il y ai un barrage et que le médecin n'ait plus accès au...

Donc, il y a un problème d'organisation des soins qui apparaît apparemment...C'est à dire que d'un côté on retrouve des infirmières qui sont à priori surbookées sur leur travail, disons traditionnel. Nous, on leur suggère de faire d'autres choses et il y a d'autres endroits où des infirmières sont par exemple dans des centres médicaux, enfin des maisons médicales où elles font une partie de leur activité comme ça. Celles-ci paraissent peut-être moins bousculées que dans d'autres structures...Donc, là, il y a un problème de...

4 : Nous, on leur a demandé leur avis si...et pour l'instant sur le projet, c'est plutôt non, tu as raison Lo. Dans le contexte actuel d'organisation comme c'est (...) on ne peut pas plus...
Donc, un des freins, c'est aussi que les paramédicaux à sui on souhaite déléguer...

6 : ...ne sont pas motivés...

...qui ne sont pas motivés pour quelles raisons ?

4 : Je crois qu'elles n'ont pas compris...

Les autres : ET PUIS ELLES ONT TROP DE TRAVAIL

2 : Trop d'actes de soins et puis je pense que ça ferait trop d'activités pour elles dans une journée, trop d'occupation en nombre d'heures, je crois...C'est par leur but, elles veulent un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie familiale, peut-être...

Oui, tout à l'heure, tu avais parlé des problèmes de temps. Les infirmières ont l'air débordées (...) donc si on délègue, il faut peut-être qu'à un moment donné on puisse avoir des lieux et des moments de rencontre...

2 : Oui, tout à fait...

3 : C'est sûr (...) il faut que ça revienne, si on délègue, il faut que ça nous revienne, il faut que ça revienne, que l'information revienne...

Répète ce que tu viens de dire...

1 : Pour savoir il faudra du temps mais si on délègue, on aura plus de temps...

6 : Et si on est installé dans des lieux communs, ça sera plus facile aussi donc on retombe sur des organisations de maisons médicales, [ce qu'on a tous en commun ce soir puisqu'on est tous en maison médicale...]

2 : [Avec tous les paramédicaux : psychologues, orthophonistes, kinés...à un moment où on parle d'un patient de façon globale...]

6 : Comme on fait des fois entre médecins. Il faut aussi faire des réunions avec les paramédicaux, à des rythmes réguliers de façon à mettre sur table...

Des espèces de staff comme dans les structures hospitalières...

Tous : Oui, voilà...

2 : C'est ce qu'on fait, en général à l'hôpital, quand on se réunit, c'est ça : les infirmières, les psychologues, plusieurs médecins de différents services...

3 : Sortir les dossier, voilà...

2 : Chacun donne son avis en fonction de ses compétences, de son expérience, c'est comme ça qu'on avance...

4 : Il y a d'autres modes de rémunération, pour avoir vu ailleurs... Entre les 2,50 euros qu'on leur demande pour faire une injection ou une prise de sang et une consultation qui est payée à 20$. C'est en Nouvelle Zélande où elles font des consultations qui durent 15-20 mn, même en payant à l'acte, la stimulation...je pense que l'écoute des infirmières ne sera pas la même. Tu les impliques dans un soin global, pas uniquement exécutif, avec une rémunération qui est différente, ça change totalement la réflexion, c'est totalement autre chose. L'extrapole du système actuel, je pense que c'est un bordel monstre, ça, c'est clair...sans rémunération, sans paiement pour les infirmières...

Mais vous, ça va vous retirer aussi des actes...

4 : Oui, on raisonne bien dans le cas d'une surcharge de boulot monstre, oui, c'est sûr...

Tous : C'est sûr...

4 : Nous, on est plutôt bien organisé...

6 : Oui, nous, on est à peu près à 20 actes par heure, non par jour, pas par heure, par jour {Rire général}

4 : ...il y a 4 médecins, on les voit tous les jours

Oui, et puis il y en a quand même qui font des malaises...

{Rire général}

Donc, quand même, il y a des choses que pour le moment vous ne sentez pas utile, sur le plan je dirais..., de déléguer parce que vous arrivez à faire face...

6 : Il faut demander à Pesmes parce qu'apparemment...

2 : Oui, si, l'éducation thérapeutique...

1 : Oui, si, si, complètement. Mais par contre, moi, je demande deux associés de plus plutôt que...de déléguer. Parce que je ne sais pas faire, parce que je n'ai pas appris, je veux dire, mon appréhension, elle est là. Je voudrais avoir plus de temps mais en ayant deux associés de plus pour continuer à faire ce que je sais faire et bon si c'est déléguer, je vois pas quoi pour le moment, et je trouve que c'est beaucoup trop de boulot. Ce que je pourrais déléguer, de façon à m'alléger considérablement, en dehors des missions proposées avant : l'asthmatique qui souffle...Mais bon, globalement, ça va faire quoi, gagner 1 heure sur ma journée, je vais terminer à...

5 : Mais bon, il y a un autre truc. Pour moi, la délégation de tâches, c'est aussi...par exemple l'éducation thérapeutique et puis ça...ça m'allègerait pas énormément dans le sens où je n'accorde pas énormément de temps à ça mais ça améliorerait la prise en charge des patients...

6 : La qualité des soins, c'est tout...

4 : Un exemple, 1...

...mais tu n'y accordes pas de temps pour quelles raisons : parce que ça ne t'intéresse pas...

5 : Parce que je suis mal formée sur ça, et puis (...) finalement du temps quand même parce si on pourrait faire les choses, éducation type diabète, et puis finalement je n'ai pas envie de m'y mettre...ça va me reprendre encore du temps...

6 : Parce que dans une consultation de diabète, on a déjà tellement de choses à voir. On n'a pas non plus envie de passer une heure et demie avec le même patient...

2 : Tout à fait...

5 : Donc finalement c'est une amélioration de la prise en charge non chronophage pour nous

1 : Avec tous les patients, que ce soit les diabétiques ou n'importe lesquels, le gros avantage de la médecine générale, c'est aussi de les voir...

6 : ...à répétition

1 : ...à répétition, donc l'éducation, l'éducation du diabétique...moi, j'ai fait ça, l'éducation avec...avec le réseau...Tous mes patients qui ont fait ça, je trouve que c'était pas mal fait et j'y suis allé mais je continue à les voir, ceux que je vois encore et je recommence à chaque fois donc je veux dire c'est pas parce qu'ils sortent du réseau...

6 : Est-ce qu'ils vont beaucoup mieux que ceux qui n'ont pas fait partie du réseau, ceux qui ont été pris en charge comme ça ?

5 : Mais ça c'est évident...

1 : Oui, ça va plus vite, effectivement, mais ça n'empêche qu'au cours d'une consultation, parce son hémoglobine glyquée est passée de 7 à 8 et que ça ne va pas, qu'il faut savoir un petit peu ce qui ne va pas. Je veux dire, quand ça se passe ça, tu vas pas dire aux gens, botter en touche, « retourner en éducation »...

6 : Non, non...

1 : Elle est passée de 7 à 8 parce qu'il peut y avoir des tas de raisons à ça...et ça bouffe du temps de comprendre mais l'éducation, elle passe par là...

5 : Oui, mais c'est justement une association. La délégation n'est pas « j'enlève et moi je fais plus rien. » C'est aussi, nous, on reste là et on fait...enfin, moi je le vois comme ça...

3 : Moi, je le vois comme toi...

5 : L'éducation, c'est pour nous aider, c'est pour prendre...pour améliorer la prise en charge et puis, nous, on sera toujours là pour dire « Faites attention à ce que vous mangez, vous vous souvenez de ce qu'on vous a déjà dit » et puis ils retournent en éducation peut-être un ou deux ans ou trois ans après et on rabache...et je me dis que c'est plus sur l'amélioration de la prise en charge...

2 : Mais alors, qu'est-ce que tu vas suivre ? Tu vas suivre les patients qui ont envie de faire de l'éducation thérapeutique ou tu vas créer une sorte de contrat avec tous les gens que tu vois et qui ont une certaine pathologie ? Tu vois, qui suit cette formation ?

5 : Mais après, il y a une sorte de bouche à oreille aussi...

2 : Tous les gens qui adhèrent à une formation, c'est toujours ceux qui sont les plus motivés donc là on va avoir un problème de santé publique où...

5 : ...mais s'il y a quelque chose d'un peu logique...

2 : [...tu ne rattrapes pas les gens qui n'ont pas envie...]

5 : ... [Si ce n'est pas les patients] qu'on va aller chercher pour faire de l'éducation et qu'il y a un truc facile à y aller, je pense que ce sera [valable...]

2 : [Oui, voilà...]

3 : [Si tu n'as pas besoin d'aller au CHU...]

{Brouhaha inaudible}

1 : ...s'il y a une éducation diabétique facile à Pagney ou à Pesmes, je veux dire si c'est pas toi qui l'a fait, si c'est pas une infirmière du coin qui l'a fait, les gens, ils peuvent pas s'en passer...à Dole, s'ils sont venus, ils sont trois fois rien...peut-être 3 sur 100...il faut vraiment que ça vienne à eux. Donc, ceux qui viennent à eux, c'est nous, justement c'est le médecin généraliste qui vient à eux, c'est pour cela que tout ce rôle-là...

5 : ON PEUT ETRE L'INITIATEUR AUSSI...

1 : D'accord mais...

5 : Si tu es l'initiateur et que tu lances la machine, et puis après ça roule et puis voilà...c'est l'autre qui fait...

1 : Alors, tu t'imagines qu'à Pagney ou à Pesmes, on va pouvoir avoir un réseau d'éducation de diabète qui va venir sur place, un réseau d'éducation pour anticoagulants, hypertendus...

4 : Non...

{Brouhaha inaudible}

4 : C'est la même personne, pour te donner un exemple...

6 : ...elle va faire un jour à Pagney, un jour à Pesmes, un jour à Marnay tu vois...

4 : ...on a une grosse prétention à vouloir faire de l'éducation thérapeutique dans le cadre de nos consult...l'exemple, c'est que 20% des gamins vont être en état d'obésité et les prendre en charge dans le cadre des méthodes du réseau REPOP par exemple, c'est une consultation d'une heure avec une consultation longue une fois par mois pendant 6 mois puis après tous les 2 mois, quelque chose de ce type là...Si tu multiplies ça en terme de nombre de consultations, tu vois très bien que c'est impossible, c'est...Une heure, plus 5, 3 heures de différence, ça fait 4 heures. 4 heures, ça fait combien de consultations ? Ça fait 32 consultations, tu vas voir des patients combien de fois pour suivre un gamin en équivalent. Si tu délègues cette histoire là, tu la mets soit en éducation de groupe, soit en délégation de tâches, là, il y a une possibilité d'action. Et nos diabétiques, on est dans les mêmes chiffres. On ne peut pas avoir la prétention de faire de l'éducation thérapeutique quand tu vois tes patients tous les 2 à 3 mois en renouvellant leurs ordonnances...

1 : Ce n'est pas une question de prétention, c'est une question de réalité. A la fois, l'accès au réseau, à la fois la possibilité de faire des...Je vois bien que leur demande, elle n'est pas là. Il faut vraiment que les mentalités, notre mentalité change...

2 : Et la leur...

1 : Mais aussi que la mentalité des gens change. Pour le moment, la demande des gens, elle est beaucoup plus dans une relation avec le médecin généraliste avant de sortir, et je trouve globalement que c'est, on ne fait pas bien les choses, sûrement pas mieux que les autres mais bon...c'est le rôle du médecin généraliste d'être là et puis de le faire, pas très bien mais au moins, il le fait. Et si tu le délègues au réseau, et bien il va y avoir 10% de tes gens qui n'iront pas...

On va essayer de synthétiser parce qu'on est bientôt au bout. Donc si j'ai bien compris, tout ce qui est à peu près éducation thérapeutique, vous semblez avoir une espèce de consensus, vous auriez envie de déléguer un certain nombre de tâches, pas toutes, un petit peu en prévention aussi. Autrement, on a remarqué quelques freins dans ce que vous avez dit : la responsabilité, comment sont rémunérées ces infirmières, est-ce que vous n'allez pas perdre une forme de ressource...

5 : Oui

2 : Une perte financière, c'est sûr...

...des actes qui vont entre guillemets, je n'ose pas dire disparaître, mais qui vont pas être faits par vous, d'autant plus qu'apparemment...

1 : ça, je n'ai pas senti que ça sortait du groupe...

...si, je l'ai entendu, ma fois...

Les autres : si, si, si...

2 : si, je pense que c'est une interrogation même si elle n'est pas...

...enfin, ce n'est peut-être pas le souci chez vous. D'autre part, vous vous posiez la question si ces personnes étaient formées suffisamment pour faire ce type de travail...

4 : Quel type de formation ?

...donc peut-être qu'on ne sait pas non plus comment elles sont formées. Et puis après, comment est-ce qu'on coordonne tout ça, comment est-ce qu'on se rencontre, comment est-ce qu'on trouve du temps ? Est-ce qu'est ça que vous avez...

4 : Disons que ce qu'on peut rajouter, c'est que la délégation de tâches, pour l'instant, c'est un concept qui est écrit, qu'on commence à lire mais pas à tout le monde et puis on ne sait pas encore de quoi on parle, là. On parle d'hypothèses...

...et puis après il y a les problématiques de locaux, où sont ces infirmières ? Est-ce qu'elles sont...ici, dans vos régions, vous êtes relativement peu nombreux donc les gens vont se retrouver dans un même site mais en ville, on fait comment ? Et puis après, il y a aussi un petit peu le système de soins, comment il fonctionne dans cet aspect-là...

4 : C'est une remise en question globale du truc, c'est sûr...

Alors, je ne sais pas. Je peux poser une question qui n'est pas dans le...guide d'entretien : est-ce que le fait d'avoir participé à cet entretien, ça a modifié votre opinion sur ce problème-là ? Ou est-ce que ça a fait évolué votre réflexion ?

2 : Oui, je pense que ça a un peu ouvert la réflexion...

(...)

3 : ça fait ouvrir la réflexion...

C'est en vous entendant que je me suis dit...

3 : Mais...

1 : Est-ce qu'il y a vraiment urgence à se poser ce type de problème ? Est-ce qu'effectivement il y a une pénurie de médecins généralistes...

6 : Oui, c'est sûr...on va y arriver

{Brouhaha inaudible}

2 : Oui, c'est sûr, il y a une hausse d'activité mais on n'est pas...

1 : ...et c'est vrai, moi, je n'ai pas de réponse si tu veux. Il sort quand même plus de médecins. Il n'est jamais sorti autant de médecins des facs depuis un petit moment et on n'arrête pas de parler de pénurie. Ils vont où tous ces médecins ? Qu'est-ce qu'ils vont faire ?

3 : Ils restent en milieu hospitalier...

2 : Je peux te parler des internes, ils ne veulent pas s'installer...

1 : Globalement...je dis que quelque part il sort de plus en plus de médecins et on a de moins en moins de généralistes. Donc globalement, la médecine générale, on parle de déléguer nos tâches, on parle de...La médecine générale, dans un..., à moyen terme, elle est amenée, programmée à disparaître...

2 : Certainement...vu que la spécialité médecine générale...

1 : ...il y aura des supers..., on les appellera médecins généralistes, ce sera des super coordinateurs d'infections urinaires, de trucs <u>mais</u> ça ne sera plus...ça sera peut-être la médecine générale de l'avenir, ça ne sera plus la médecine générale telle qu'on la pratique tous pour le moment. Moi, je pense que globalement, je vois les choses arriver comme ça parce que de toutes façons, il y a de plus en plus de médecins et de moins en moins de médecins généralistes...

Donc on délègue aux spécialistes...

{Rire général}

2 : ...le jour où les spécialistes feront des actes de spécialité pour des problèmes graves, des prises en charge qu'on ne peut pas prendre en soins primaires...[il faut être clair...]

6 : [Et pas des actes de médecine générale]. Tout à fait...

Moi, je vous propose d'interrompre là parce que le temps est appartit. Je ne sais pas. Est-ce qu'on a répondu à peu près...

Globalement, on a répondu à tout mais je trouve cela intéressant, la discussion qui vient d'avoir lieu juste-là...

Est-ce que tu veux l'enregistrer ?

Oui, je trouve cela intéressant justement, le fait de parler de la médecine générale comme vous le faisiez, je trouve que c'est justement intéressant...Juste par apport au financement, par rapport à la rémunération, visiblement, vous n'étiez pas tout à fait d'accord tout à l'heure sur le fait de perdre des actes. Est-ce que continuer avec un système qui est purement du paiement à l'acte, est-ce que ça ne va pas être un frein justement pour déléguer certaines tâches. Dans ces conditions là, vous ne pensez pas qu'il faut songer à un nouveau mode de rémunération ?

2 : Moi, je suis totalement d'accord. A ce moment-là, vers le salariat total où on est complètement découplé de son activité, moi je suis tout à fait d'accord. Moi, je travaille 40% à l'hôpital donc que je vois peu de patients, beaucoup de patients, ce n'est pas notre problème donc quand ça sera totalement découplé, je crois qu'on travaillera d'une toute autre façon. C'est sûr que le paiement à l'acte, je pense qu'il est mourant mais si on parle d'une part de forfait et qu'ensuite on remet du paiement en fonction du nombre de patients qu'on va voir, qu'on va suivre, je crois que c'est un truc qui va être sans fin...

5 : Avec le paiement à l'acte, le vaccin, c'est quand même facile, rapide et c'est pas de risque. Et puis c'est payé autant que je ne sais pas quoi, un truc plus grave...

2 : Je suis d'accord...comme les personnes âgées, les poly pathologies...

1 : Oui mais c'est là que dans cette consultation qui nous prend 10 minutes que tu fais de la prévention...

2 : Voilà, la réassurance, est-ce que ça se cote ? Est-ce que c'est cotable ça ?

1 : C'est ça, tu gères ton temps. De temps en temps, tu as des consultations courtes dans lesquelles tu peux mettre un peu de prévention, et de temps en temps tu en as qui te prenne une demi-heure derrière...

4 : ça, simplement ce que tu décris, c'est aléatoire. Tu vas faire de la prévention le jour où tu as des consultations courtes mais ce n'est pas un truc qui est organisé. Moi, j'aurais plutôt tendance...Bon l'histoire du salariat, je m'en fous complètement mais le système de paiement par forfait comme on avait mis en place avant, le médecin référent, avec des objectifs de santé derrière, moi ça ne me dérange pas du tout mais tu as une prise en charge globale, tu sais que tu es dans une zone de 5000 habitants et qu'on te donne 50 euros par patient avec des objectifs de santé derrière, c'est un autre mode de raisonnement...quand tu fais ta consultation, tu gardes bien ton rôle de médecin, tu délègues certaines tâches, entre autres les vaccinations, les suivis d'éducation thérapeutique, les maladies chroniques, tu peux très bien te reconcentrer sur ton boulot...Mais là, c'est encore une autre réflexion, c'est un autre système et qui ne fait pas que tu, contrairement à ce qu'on a vu pendant longtemps, où le médecin peut multiplier les actes comme il veut, quand il veut, il fait ce qu'il veut le médecin. Tu peux prendre en charge tes patients comme tu veux, tu peux toutes les faire venir ici, rien ne t'en empêche. Il n'y a pas d'objectifs de santé publique là derrière ? Si tu as des patients qui viennent ici tous les jours, ils peuvent venir ici tous les jours et il n'y a pas de problème...

Les autres : Oui...

1 : Bon, tu parlais du référent, moi je n'ai jamais été médecin référent parce que je trouvais, je ne voyais pas pourquoi mettre un cadre sur un truc que je faisais depuis 20 ans. Me dire, se mettre d'un seul coup à rémunérer un truc que je faisais depuis 20 ans, je trouvais que c'était se foutre de ma gueule et que je n'avais pas à dire : « Attendez, ce que je fais, c'est bien... ». Bien sûr, tous les gens qui viennent me voir, j'ai le sentiment d'essayer de les prendre en charge le mieux possible...

6 : Moi, je me disais, enfin, on est reconnu pour des tâches qu'on fait et qui ne sont pas adaptées. Donc on pense la même chose et on prend des décisions opposées...

On va s'arrêter là...

4 : Tu as ta réponse ?

Oui, globalement c'était sur la rémunération mais par rapport au médecin référent...

C'est un autre débat, c'est un débat un petit peu polémique. Mais l'idée, c'est quand même que le mode de rémunération actuel ne vous satisfait pas et que s'il y a une modification du...

5 : C'est clair...

{Brouhaha général}

C'est un autre débat...

5 : Moi, je pense que si on n'était pas payé à l'acte, tu pourrais plus te permettre d'éduquer tes patients...

Les autres : Oui...

1 : Moi, je pense que ça va changer totalement les relations entre médecins et patients...

5 : On pourrait leur dire « Voilà, pour une rhino, vous aviez pas besoin de venir ». Moi, je pourrais leur dire ça mais je ne vais pas lui dire ça car je ne la revois pas. Mais je peux l'éduquer, je peux lui apprendre « C'est pas la peine de venir avant 48 heures de fièvre, de toutes façons, c'est pas grave il n'y a rien à faire, il faut attendre ». Tu peux éduquer mais si elle vient, elle vient, tu ne vas pas la renvoyer...

4 : Si tu fais comme dans certaines zones comme ça se passe en Espagne où par exemple tu vas aller faire de l'information aux mamans et aux enfants à l'école pour leur expliquer ce que c'est qu'une gastro ou une rhino. Est-ce que tu vas te dire « là, je vais prendre 2 heures pour aller dans une école pour que tu ne les aies pas ici parce que toi, tu auras de la prise en charge globale de la patientèle » ? Au lieu de faire de l'éducation individuelle, tu vas aller dire aux gens « Conduite à tenir devant une température ou devant une chiasse... » Et puis quand il y a une grippe, tu motives tout le monde pour dire « Ok, les gros, ça va, tant que vous n'avez pas ce type de signe là, c'est même pas la peine de venir au cabinet » mais tu les jettes pas. Tu fais de l'éducation en amont. C'est une autre manière de réfléchir...

<u>Troisième partie :</u> clôture de la discussion par l'animateur, après 1 heure et 1 minute de débat.