

2- PROPOSITIONS

2.1. Vers une nécessaire mise en perspective du transfert de compétences

Tout en tenant compte des particularités liées à notre système de soins et à l'exercice de la médecine en France, l'analyse des pratiques nord-américaines et européennes et la synthèse des entretiens que j'ai pu avoir avec les différents professionnels de notre pays, m'amènent à conclure qu'il est indispensable et urgent d'envisager le transfert de compétences.

Il 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 des pratiques existantes non reconnues, d'éviter la mise en place d'organisations parallèles sources de conflits et de baisse de la qualité des soins, d'apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux.

Il est possible d'identifier quelques transferts nécessaires ou souhaités, de les mettre en perspective selon des principes et règles bien définis, de les expérimenter en les évaluant avant de les valider, de prévoir la mise en place des formations nécessaires à l'exercice plein et entier des nouvelles compétences et à la création de nouveaux métiers.

En fait dans le domaine des délégations 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, de la radiologie avec les manipulateurs en électroradiologie médicale.
- La deuxième correspond à la possibilité de partage de compétences vers des acteurs dont il conviendrait de construire le métier et donc la formation. C'est le cas, d'une part de plusieurs spécialités à forte valence médico-technique et d'autre part de spécialités impliquées dans le suivi de pathologies chroniques dont la prise en charge est clairement codifiée.

2.2. Des grands principes à respecter.

Je considère que quelques grands principes doivent présider à la construction de la délégation de tâches.

➤ La formation.

La légitimité de la délégation viendra de la compétence et donc de la formation. Lorsque le métier existe il est indispensable d'envisager une meilleure formation des acteurs médicaux et para-médicaux susceptibles d'accepter le partage de tâches, soit en modifiant la formation actuelle sans modifier la durée des études, soit en allongeant la durée de la formation. Lorsque le métier n'existe pas, la construction des programmes devra tenir compte de la nécessité

d'une formation théorique et pratique de qualité permettant aux acteurs d'obtenir non seulement des connaissances mais également des compétences transférables.

La formation des acteurs médicaux et paramédicaux susceptibles d'accepter le transfert des compétences devra rapidement s'inscrire dans le cadre du LMD professionnel sans attendre les résultats de la réflexion aujourd'hui engagée sur la première année commune des études de santé.

Elle devra prévoir également dans ce système, le niveau d'études qui sera exigé pour la formation des futurs cadres enseignants de la filière.

Les formations devront être construites de manière à permettre aux professionnels d'utiliser les acquis de leur formation pour construire des passerelles entre différents métiers de la santé.

Les formations devront être inévitablement rattachées aux Facultés de Médecine même si elles pourront faire appel à des intervenants venant d'autres secteurs du monde universitaire ou professionnel.

En ce sens, il est indispensable et urgent que cette mission soit étendue à une mission interministérielle, Ministère de la Santé et Ministère de l'Education Nationale. Compte tenu du Projet de Loi de Décentralisation, il est important que les Conseils Régionaux soient associés à la réflexion avec pour objectif de définir le niveau de formation reconnu dans le système LMD de chacun des métiers de la santé et de préciser les quotas de formation de chaque filière sur la base des informations recensées par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

➤ **La relation entre le médecin et les acteurs para-médicaux.**

La délégation de compétences pour être efficace et efficiente doit impérativement s'appuyer sur une collaboration étroite entre les différents acteurs. Cette collaboration passe par une unité de lieu d'exercice géographique ou virtuelle (cas de professionnels intervenant zone démedicalisées et reliées par télé-médecine au cabinet médical) des différents intervenants qui devront être regroupés au sein de structures de soins pluridisciplinaires. Le médecin qui transfère l'activité médico-technique doit garder la responsabilité de la prescription et des actes. Il serait en effet totalement inopérant de permettre à plusieurs acteurs de niveaux de formation totalement différents de pouvoir directement effectuer les mêmes actes. Très rapidement cela aboutirait d'une part à une concurrence non souhaitable mais également à la multiplication des actes. Les patients pourraient en effet dans un grand nombre de cas aller consulter d'abord un acteur para-médical puis un acteur médical pour le même motif. On aboutirait rapidement à ce qui se passe au Royaume Uni pour la prise en charge des troubles de la vision et que nous avons rappelé dans la première partie du rapport.

➤ **La définition du champ de compétence des acteurs para-médicaux.**

Il faut cesser de codifier les domaines d'activité des différents métiers par des listes d'examen, d'actes ou de thérapeutiques susceptibles d'être réalisés ou prescrits. En effet ceci aboutit rapidement à des décrets de compétence totalement obsolètes car ils ne sont pas régulièrement toilettés. Les exemples que l'on pourrait donner sont multiples. Les textes réglementaires devront plutôt s'attacher à décrire les contours des métiers dans leurs grands principes et à donner aux acteurs les moyens d'exercer leur profession pleinement en fonction

d'une compétence acquise au travers d'une formation qui aura au préalable défini ses objectifs.

➤ **La formation continue.**

Il est indispensable d'exiger la formation continue de tous les métiers médicaux et paramédicaux au même titre que pour la Formation Médicale Continue.

➤ **La revalorisation de l'investissement intellectuel**

L'organisation du transfert de tâches et de compétences doit s'inscrire dans une politique de revalorisation de l'investissement intellectuel aux dépens de l'acte médico-technique.

2.3. Des transferts sur des acteurs bien identifiés.

Des transferts de compétences sont ainsi à faire sur des acteurs paramédicaux bien identifiés dont il faudra toutefois soit assurer le complément de formation soit revoir la formation.

2.3.1 En imagerie médicale

➤ **L'échographie**

Dans un cadre réglementaire, les manipulateurs en électroradiologie médicale pourraient appliquer certains protocoles d'acquisition du signal de l'image en échographie leur conférant le titre d'**Echographiste**. Le décret n° 97-1057 du 17 novembre 1997 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale doit être modifié. La rédaction actuelle du décret est la suivante :

Article 2 : sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité à accomplir les actes suivants :

- 1 – dans le domaine de l'imagerie médicale...
- g – recueil de l'image et du signal, sauf en échographie
- i – aide à l'exécution par le médecin des actes d'échographie.

La proposition: Article 2 sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité à accomplir les actes suivants :

- 1 – dans le domaine de l'imagerie médicale...
- g – recueil de l'image ou du signal. En échographie, cet acte est autorisé selon les dispositions de l'article 3 ;
- i – aide à l'exécution par le médecin des actes d'échographie pour les manipulateurs ne répondant pas aux dispositions de l'article 3.

Article 3 : par délégation, sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin qualifié en échographie en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, les manipulateurs ayant bénéficié dans un domaine précis de cette spécialité, au titre de l'adaptation à l'emploi, d'une formation validée, peuvent, dans ce domaine uniquement, appliquer des protocoles d'acquisition de l'image et du signal définis pour chaque patient par

le médecin sus-cité qui rédige et signe le compte-rendu médical final. Le contenu de la formation validée sera précisé par un arrêté du Ministère de la Santé.

Le contenu de la formation théorique et pratique étalé sur une année doit faire l'objet d'une validation par les instances universitaires nationales de la profession et donner lieu à un diplôme ayant une reconnaissance nationale.

➤ Le traitement d'images

L'exploitation informatique des acquisitions (reconstruction 3D, fusion d'images...) liées aux modalités modernes comme l'IRM, le scanner, le pet-scan pourrait être confiée en application de protocoles médicaux à des manipulateurs radio.

Un complément de formation d'une année devra être nécessaire pour acquérir une compétence dans ce domaine.

2.3.2 En radiothérapie : les dosimétristes

Un métier de **dosimétriste** doit être identifié avec un exercice placé sous la responsabilité des radiothérapeutes. Cette compétence doit être obtenue au cours d'une année de formation après l'obtention du diplôme de manipulateur en électroradiologie médicale. Le programme de formation devra être national placé sous la responsabilité des médecins radiothérapeutes.

2.3.3 En ophtalmologie

Il est nécessaire de prévoir sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin ophtalmologue capable d'intervenir à tout moment un transfert de tâches et de compétences vers les **orthoptistes** d'un certain nombre d'actes aujourd'hui de la seule compétence des ophtalmologistes. On peut citer :

les mesures (lunettes, réfractomètre, tonomètre automatisé) et la réfraction,
l'examen de la vision binoculaire,
l'exécution d'un relevé de champ visuel,
l'information sur les examens à pratiquer,
la participation à l'adaptation des lentilles.

Les nouvelles compétences justifient de revoir la formation des orthoptistes sans allonger la durée de la formation qui est de 3 ans.

Les orthoptistes actuellement en exercice pourront accéder aux nouvelles délégations d'actes par une formation complémentaire au travers d'un DIU ou, le cas échéant, grâce à la validation des acquis et de l'expérience.

Les opticiens ou les optométristes devront pouvoir accéder au diplôme d'orthoptiste en faisant valoir leurs acquis professionnels et moyennant un complément de formation qui devra être défini à la fois par les ophtalmologistes, les orthoptistes et les opticiens.

Pour répondre aux besoins de la prise en charge des troubles de la vision dans les zones démedicalisées, il faut envisager que l'orthoptiste puisse intervenir de manière isolée en collaboration avec un ophtalmologiste, avec lequel il pourrait être relié dans l'exercice de son métier par la télé-médecine.

2.3.4. *En chirurgie*

En chirurgie, il est nécessaire qu'une concertation ait lieu entre les chirurgiens, notamment ceux responsables d'écoles de formation des IBODE et les **IBODE**, pour planifier un transfert de tâches qui libèrera du temps médical.

En ce sens, la réunion prévue a mois d'octobre à l'hôpital Georges Pompidou sera vraisemblablement un moment important qui permettra d'envisager à la fois la mise en place d'expériences et la planification de la formation adaptée aux transferts de tâches envisagés.

2.4. Des transferts de compétences vers de nouveaux métiers de soins.

2.4.1 *Les Infirmières Cliniciennes Spécialistes*

Différents secteurs d'activité médicale généralistes ou spécialisés laissent apparaître le besoin d'identifier des infirmières spécialisées capables par leur formation d'assurer un transfert de compétences dans le cadre d'une activité collaborative. A cours des rencontres que j'ai eues, j'ai pu identifier un certain nombre d'activités mais elles auraient certainement pu être multipliées si le temps m'avait été donné pour rencontrer toutes les disciplines médicales et chirurgicales.

Ainsi, il apparaît souhaitable de créer le métier d'**Infirmière Clinicienne Spécialiste** à l'instar de ce qui a été fait avec les Infirmières Anesthésistes Diplômées d'Etat (IADE) dans le domaine de l'anesthésie, des infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (IBODE) dans le domaine de la chirurgie, et des puéricultrices en Pédiatrie, en sachant qu'une formation théorique plus poussée que celle délivrée actuellement par ces trois spécialités sera nécessaire.

Je propose d'envisager un schéma de formation des infirmières proche de ce qui se met en place actuellement au Québec à l'Université de Montréal.

Après les trois années d'études conduisant au diplôme d'Infirmière Diplômée d'Etat, les infirmières ainsi titulaires d'un niveau de formation Licence Professionnelle en soins Infirmiers auraient la possibilité de se spécialiser pour atteindre le grade de Master. Ce Master infirmier pourrait être décliné en trois options :

- Gestion, pour former les cadres de santé
- Formation, débouchant sur le métier d'enseignant
- Soins, préparant aux Infirmières Cliniciennes Spécialistes.

Cette dernière option devrait pouvoir se décliner en différentes spécialités conduisant aux pratiques spécialisées (FIGURE 1).

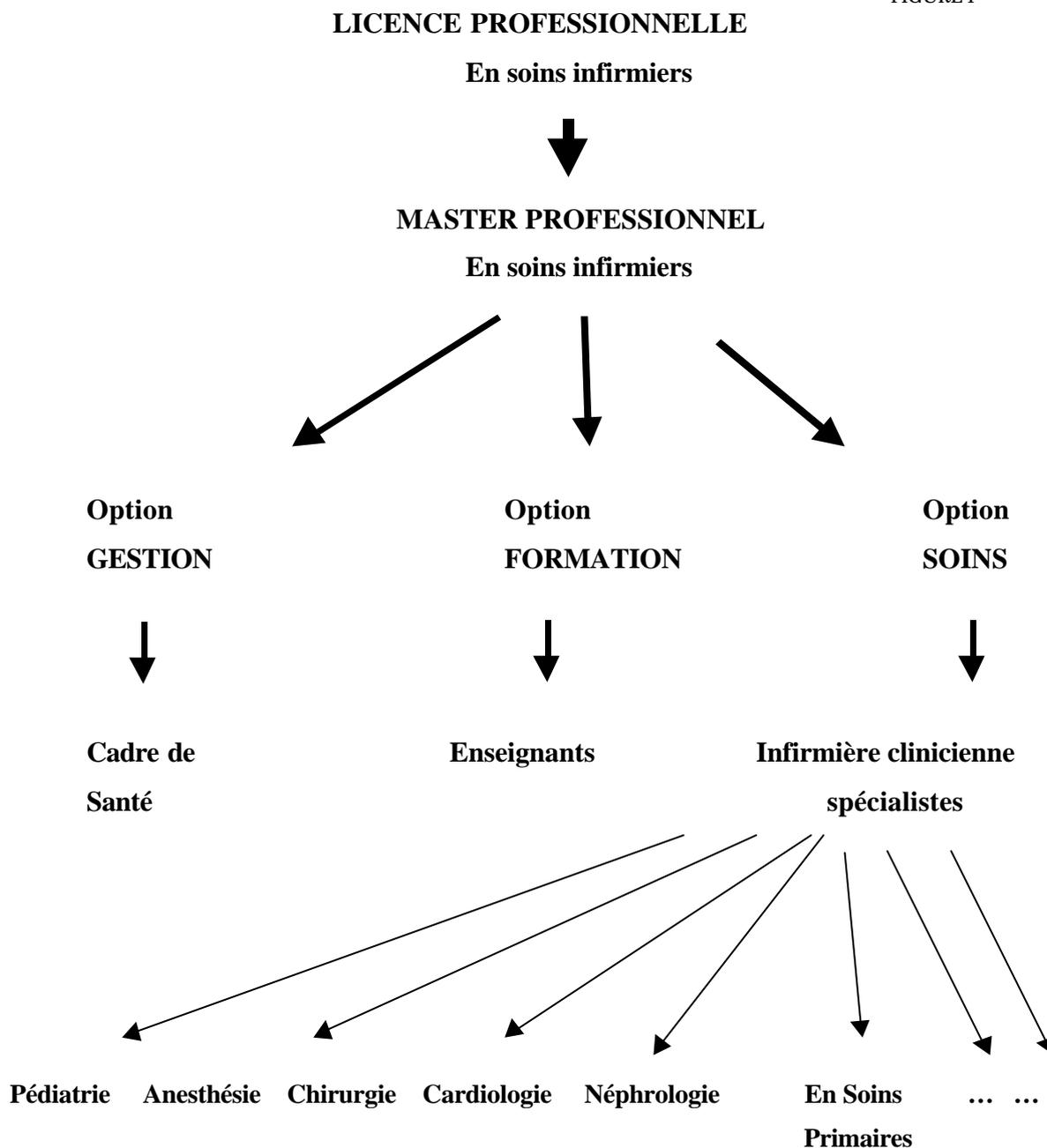
Le Master mention « Soins Infirmiers » comprendrait une première année de formation commune, la deuxième année étant réservée à une formation spécifique à l'option.

L'intérêt de ce schéma est de permettre à une Infirmière Clinicienne Spécialiste de pouvoir se diriger vers d'autres pratiques au cours de sa vie professionnelle moyennant un complément de formation tenant compte de ses acquis de formation.

- Ces Infirmières Cliniciennes Spécialistes pourraient avoir différentes missions :

- Participation au suivi en consultation des maladies chroniques suivant une procédure parfaitement établie par les médecins et en concertation avec lui.

FIGURE 1



- Coordination des examens de suivi et de reconduction
- Suivi de la bonne exécution des traitements et surveillance de leur tolérance
- Intervention dans le domaine de la prévention, de l'éducation et du dépistage.

➤ Plusieurs disciplines sont en demande, à titre d'exemple

a – En Gastro-entérologie

Il pourrait être confié à des **Infirmières Cliniciennes Spécialistes** sous l'autorité des médecins spécialistes :

- Le suivi des maladies chroniques : hépatite C, patients cirrhotiques, patients atteints de maladies inflammatoires chroniques et de l'intestin.
- Le suivi des patients atteints de cancers digestifs et soumis à des endoscopies itératives.
- La réalisation des examens d'exploration fonctionnelle digestive.

b – En Cardiologie

Le rôle de l'**Infirmière Clinicienne Spécialiste** serait la prise en charge clinique des pathologies cardiovasculaires notamment l'insuffisance cardiaque chronique pour l'éducation, le pronostic, le dépistage, la coordination de réseaux de soins.

L'aide technique en Cardiologie notamment pour la réalisation non invasive de l'échographie répond à un besoin bien identifié. Les infirmières cliniciennes spécialistes en Cardiologie ou les manipulateurs en électroradiologie spécialistes en échographie pourraient accéder à l'échocardiographie et au métier d'**échocardiographiste** moyennant un complément de formation théorique et pratique au travers d'un diplôme d'université organisé par le collège des enseignants de Cardiologie spécialistes en échocardiographie.

c- En Néphrologie

Les **Infirmières Cliniciennes Spécialistes** pourraient se voir transférer sous l'autorité des médecins spécialistes un certain nombre d'activités :

- Au cours du suivi des malades ayant une insuffisance rénale chronique : suivi de paramètres cliniques et biologiques préalablement définis, planification du suivi biologique...
- Au cours de la préparation au traitement substitutif par dialyse : éducation, information.
- Au cours du suivi du patient dialysé : surveillance d'éléments directement liés à la dialyse, surveillance biologique, surveillance des vaccinations...
- Au cours du suivi des malades transplantés : surveillance des paramètres cliniques et biologiques avec alerte aux médecins en cas d'anomalies pré-établies.

d- En Cancérologie

Des **Infirmières Cliniciennes Spécialistes** devraient pouvoir prendre en charge l'exécution pratique de la chimiothérapie, la consultation de reconduction de chimiothérapie, la surveillance post thérapeutique pour les patients en rémission complète selon un protocole clairement établi par le médecin spécialiste.

e – En Diabétologie

Une **Infirmière Clinicienne Spécialiste** pourrait selon un protocole pré-établi par le médecin spécialiste, prendre en charge une partie du suivi des patients diabétiques avec une action centrée sur l'éducation, le conseil et la surveillance de paramètres biologiques simples.

f- En soins primaires

Des **Infirmières Cliniciennes Spécialistes** de soins primaires doivent être identifiées pour participer au sein de cabinets de groupe de médecine générale à la prise en charge de patients dans le cadre du conseil, de l'éducation, de la prévention, du suivi de traitements.

Bien évidemment et je l'ai déjà dit, ces exemples sont donnés à titre indicatif mais ils pourront être multipliés après la mise en place des premières expérimentations.

2.4.2 Les Diététiciens de Soins

L'alimentation est une préoccupation des français et une analyse récente retrouve que 30% des Français ont un surpoids. Les médecins pour des raisons de formation et donc de compétences ou de temps disponible consacrent peu de temps au conseil diététique. Pourtant il est considéré comme un élément central des stratégies de prévention et joue un rôle dans la politique de santé publique. Les traitements diététiques participent également pour beaucoup de pathologies à la première ligne d'intervention et permettent de réduire la prescription de médicaments.

Il est donc essentiel de mieux identifier et de valoriser les activités de diététicien pour cela il faut identifier **les diététiciens de soins** capables de prendre en charge sur prescription médicale des carences d'apport ou les apports inadaptés à une situation médicale. Ces diététiciens de soins devront bénéficier d'une prolongation de durée de formation de 2 à 3 ans pour aboutir à une licence professionnelle en impliquant les Facultés de Médecine.

Cette activité pourrait être ouverte comme pour les kinésithérapeutes, seulement sur prescription médicale. Elle pourrait répondre à une nomenclature d'actes bien définis dans laquelle une large place aux prises en charge forfaitaires pourrait être faite. Cela permettrait d'intégrer les diététiciens dans les professions paramédicales. Le diététicien pourrait entrer dans les réseaux de soins en nutrition en médecine libérale.

2.4.3 Les Coordinateurs du Handicap

Il est nécessaire d'assurer la formation de professionnels capables de coordonner l'encadrement polyvalent des personnes en situation de handicap.

Ces professionnels de niveau de formation Master doivent bénéficier d'une formation en Médecine, Droit, Sciences de gestion, Communication...

Une ou deux universités françaises devraient être identifiées du fait de leur forte implication dans le domaine de la prise en charge du handicap pour assurer la formation.

2.4.4 Les Psychologues praticiens

Il est nécessaire d'envisager la part de l'activité aujourd'hui assurée par les psychiatres qui doit être confiée en toute collaboration à des « **psychologues praticiens** » formés à la fois par les Facultés de Psychologie et les Facultés de Médecine pour construire ce nouveau métier qui répond à un besoin clairement identifié. L'exemple de la psycho-oncologie est probablement à mettre en avant.

2.5 Des expérimentations à débiter

Quelques expérimentations de transfert de tâches et de compétences vont débiter ou pourront être organisées au cours du quatrième trimestre 2003.

La liste précise des actes ou activités délégués et les conditions du transfert de compétences seront établis par les médecins, en concertation avec les acteurs paramédicaux, et feront l'objet de la rédaction de protocoles précis.

Les acteurs paramédicaux suivront au cours de l'expérience une formation pratique et théorique.

Ces expérimentations devront être évaluées par des spécialistes mobilisés par le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé pourrait être saisi pour coordonner les expérimentations.

Ces expérimentations évaluées pourront être secondairement étendues à différents domaines d'activité médicale pour servir de socle à une nouvelle organisation du système de soins dans notre pays.

- Le Professeur Geneviève DERUMO, Présidente de l'Association de Cardiologie de Haute-Normandie, qui exerce dans le service de Cardiologie du CHU de Rouen et le Professeur Gilbert HABIB du CHU de Marseille, qui sont des experts dans le domaine de l'**Echocardiographie**, vont conduire une expérience de transfert de tâches de l'Echocardiographie à un acteur paramédical .
- Le Professeur Françoise MIGNON, qui exerce au CHU Bichat à Paris et le Docteur Isabelle LANDRU de l'Hôpital Bichon à Lisieux, conduiront une expérimentation de transfert de tâches, d'une part en consultation pour le **suivi des insuffisants chroniques**, d'autre part pour le **suivi de patients dialysés**.
- Le Professeur KREMPF du CHU de Nantes évaluera l'intérêt de la **consultation diététique** par un diététicien pour le suivi de patients diabétiques de type II.
- Le Professeur P. BEY, radiothérapeute à l'Institut Curie à Paris, évaluera le métier de **dosimétriste**. Le Docteur BERGEROT à Saint-Nazaire et le Professeur D. KHAYAT à l'AP-HP Pitié-Salpêtrière suivront une expérience **d'Infirmières Cliniciennes Spécialisées en Oncologie**.

- Le Professeur J.N. DACHER au CHU de Rouen, le Docteur J.L. ULRICH du CHG de Metz et le Docteur J. BESSE à la Clinique Pasteur à Toulouse pourront évaluer la pratique de l'**échographie** par un manipulateur en électro-radiologie médicale formé à cette activité.
- Le Professeur G. FRIJA à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, le Professeur J.M. HERVOCHON au Centre Hospitalier La Rochelle et de Docteur JL DEHAENE à Lille auront pour mission d'assurer le transfert de compétences dans le domaine du **traitement de l'image**.
- Le Docteur NALLET au Centre Hospitalier de Montélimar et le Pr DHUMEAUX au CHU de Créteil à Paris pourront confier à des **Infirmières Cliniciennes Spécialisées** en hépato-gastro-entérologie le suivi de pathologies chroniques. Le Pr DORVAL au CHU de Tours pourra observer le transfert de compétences en matière d'**exploration fonctionnelle digestive**.
- Il faudra suivre en collaboration avec les Docteurs Philippe BOUTIN, Stéphane BOUGES et Yann BOURGUEIL l'expérience de la **délégation de tâches en cabinet médical de médecine générale**, initiée par l'URML Poitou-Charentes.
- Il faudra suivre avec le Docteur Jean-Bernard ROTTIER l'expérience du «réseau d'examen de la vision et d'accès aux soins ophtalmologiques dans le département de la Sarthe », dont le principal objectif est de tester une nouvelle **collaboration entre les ophtalmologistes et les orthoptistes**.
- Il faudra suivre les résultats du transfert de tâches pour le **transport primaire et secondaire des patients** par les **infirmières** au CHG de Toulon-la Seyne Sur Mer.

2.6 Une concertation à organiser pour avancer vers le transfert de compétences dans quelques domaines d'activité

- Un travail collaboratif doit être engagé entre les chirurgiens, notamment ceux responsables d'Ecoles de Formation IBODE, et les IBODE pour organiser des expériences sur le transfert de tâches **dans le domaine chirurgical**.
- La communauté des spécialistes de Gastro-Entérologie doit décider de l'intérêt, dans le contexte du dépistage du cancer du colon en France, du transfert de la pratique de la coloscopie à des **Infirmières Spécialistes Cliniciennes**.
- Une concertation doit s'engager entre les Médecins Anesthésistes Réanimateurs, les Gastro-Entérologues et les IADE pour définir si, et dans quelles conditions, un transfert de compétences de la sédation, lors des endoscopies, pourrait se faire au profit des Gastro-Entérologues .
- Les Psychiatres doivent se pencher sur la partie de leur activité qui pourrait être transférée, sous leur contrôle, à des **psychologues praticiens** dont ils envisageraient le juste niveau de formation.

- L'organisation de la répartition des tâches pour la prise en charge des grossesses normales doit s'appuyer sur une collaboration entre les gynécologues-obstétriciens et les **sages-femmes** qui prendra en compte la juste compétence des différents acteurs.

Si la mission est consacrée au transfert de tâches et compétences du médecin vers les autres professions médicales ou paramédicales, il n'en demeure pas moins qu'une réflexion doit être rapidement engagée pour transférer certains actes, certaines tâches et compétences, des **acteurs paramédicaux** vers **d'autres acteurs paramédicaux ou sociaux**.

Je peux reprendre ainsi la proposition de la Mission « Démographie des Professions de Santé » qui souhaitait voir s'organiser la prise en charge, par des aides soignantes, des actes de la vie courante des sujets ou des patients dans l'incapacité de les accomplir de manière temporaire ou définitive.

Ce rapport d'étape sera suivi, au cours du premier trimestre 2004, du rapport définitif de la mission qui fera état du résultat des expérimentations proposées.