

SYNTHESE DU RAPPORT SUR
« Cinq expérimentations de coopération et de
délégation de tâches entre professions de santé »
présenté par
Le Professeur Yvon Berland
Le Docteur Yann Bourgueil
juin 2006

Préambule

Ce document est un rapport d'étape d'une démarche d'expérimentation initiée en décembre 2003 visant à apporter des éléments détaillés de réflexion sur les évolutions possibles des contours des métiers de la santé et sur les modalités de transfert et ou de délégations d'activités et de compétences entre la profession médicale et les autres professions de santé.

La mise en oeuvre de ces expérimentations a suscité de nombreux débats et sollicitations de la part de multiples acteurs du champ de la santé désireux de faire valoir leurs expériences et pratiques de terrain. Les réactions des organisations professionnelles et syndicales aux projets inscrits dans le cadre des expérimentations ont mis en lumière, les craintes mais aussi les attentes vis à vis d'une évolution des rôles et des responsabilités.

Le lancement d'expérimentations en France dans un cadre législatif et réglementaire précis constitue une démarche ambitieuse et inédite. Nous avons donc choisi de présenter l'ensemble du processus d'expérimentation de délégation d'activités et de compétences, ses étapes et ses caractéristiques dans la partie introductive et la partie matériel et méthodes. Etant donné la diversité des situations, la partie consacrée aux résultats est composée à partir des rapports fournis par les expérimentateurs, que nous avons présenté selon un plan type. Afin de permettre une lecture plus approfondie des projets, nous avons placé les protocoles complets en annexe.

La réalisation de ces expérimentations et la mise en forme des résultats ont principalement reposé sur l'engagement des équipes qui se sont portées volontaires. La possibilité de mobiliser des ressources humaines et techniques pour l'évaluation a varié selon les situations et les contextes, ce qui peut expliquer une certaine hétérogénéité des travaux. Il nous a semblé néanmoins que la lecture des résultats dans leur ensemble permet d'explorer les différents aspects liés à une réorganisation des activités et des rôles dans les processus de soins entre professionnels de santé.

La partie discussion du présent rapport vise à dégager des enseignements généraux et des pistes d'approfondissements de ces travaux exploratoires. Ces expérimentations qui ont été menées par les équipes avec des moyens limités, constituent un premier matériau qui permet de travailler aux conditions de faisabilité et de développement de la délégation d'activité entre professions de santé. C'est à la lumière de ces éléments que les conclusions que nous présentons doivent être lues et entendues.

Introduction

A la suite du rapport Berland « Transferts de tâches et de compétences : la coopération des professions de santé »¹, le Ministre de la Santé et des Solidarités, Jean-François Mattéi a souhaité le lancement, en décembre 2003, d'expérimentations devant s'inscrire dans un cadre législatif et réglementaire précis.

Les expérimentations font l'objet d'une démarche volontaire, devant déboucher sur des résultats évaluables qui porteront notamment sur l'efficacité et la sécurité des soins dispensés lors des

expérimentations. Ces expérimentations permettront de mieux définir les compléments de formation que les professionnels paramédicaux devront acquérir pour assurer au mieux les tâches déléguées ou transférées.

Ces expérimentations n'ont fait l'objet d'aucun financement spécifique. Les ARH ont été incitées par le Ministre à financer les postes de personnel nécessaires.

Un dispositif juridique spécifique a donc été mis en place afin de permettre pour une durée limitée et dans des conditions précises des expérimentations de délégation et/ou de transfert d'actes médicaux auprès de professions paramédicales. C'est l'article 131 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui encadre ces projets. Les expérimentations ont fait l'objet d'un arrêté d'application signé par le Ministre.

L'élaboration et la mise en œuvre des expérimentations ont nécessité un temps plus long que prévu initialement en raison de l'agenda législatif mais aussi de l'élaboration et la finalisation des projets aussi bien en terme de protocole qu'en terme de financement. Le délai de parution de la loi, et l'obtention des financements par les ARH, ainsi que la précision des éléments véritablement dérogatoires par les équipes ont permis de finaliser sept expérimentations à l'automne 2004 dont cinq ont été inscrites dans un premier arrêté d'expérimentation.

Le rapport actuel présente ces cinq expérimentations avec, dans la partie « matériel et méthode », les choix méthodologiques qui ont été effectués et le déroulement de la démarche des expérimentations. Les résultats proprement dits sont présentés par projet et à partir des données fournies par les Promoteurs (médecins responsables de l'expérimentation) eux même. La discussion et la conclusion générale appartiennent aux signataires de ce rapport.

Matériel et méthode

La démarche a reposé sur le volontariat des équipes et plusieurs options méthodologiques ont été prises par le comité de suivi.

La première option a été de formaliser les projets et leur évaluation dès leur conception selon un canevas commun. Devant la diversité des situations, il est apparu nécessaire de préciser les objectifs, documenter les constats, et préciser les attendus des expérimentations. Chaque promoteur a alors été invité à décrire la situation initiale et la nouvelle organisation projetée de la façon la plus précise possible.

La deuxième option méthodologique a consisté à mettre en avant les dimensions précitées dans le cadre d'évaluation.

De fait, en pratique, il a été difficile d'explorer simultanément l'ensemble des dimensions dans chaque projet. Soit que ces dimensions n'étaient pas toutes pertinentes dans le projet, soit que les ressources étaient insuffisantes. La réalisation d'entretiens semi directifs auprès des différents acteurs impliqués que sont les professionnels et les patients, le recueil des coûts, la mesure des temps, voire l'observation directe des situations de travail nécessitent des compétences variées et des moyens humains qui n'étaient pas toujours accessibles.

Le troisième choix méthodologique a consisté à définir la démarche d'évaluation comme étant principalement une démarche visant à évaluer la faisabilité d'une délégation ou d'un transfert de tâches.

A l'issue des rencontres avec les promoteurs et au vu des premiers écrits, il est rapidement apparu que la réalisation de protocoles expérimentaux en se comparant avec une situation de référence selon le modèle avant/après et/ou ici/ailleurs ou selon le modèle de l'essai clinique randomisé était illusoire dans la plupart des cas. Les projets portaient le plus souvent sur un service, avec un petit nombre de patients, et un ou deux professionnels paramédicaux. Il ne s'agissait donc pas de faire la preuve selon les critères communément admis dans le champ sanitaire de l'essai clinique randomisé mais plutôt de modéliser de nouvelles organisations de travail, de les tester et de témoigner de leur faisabilité en contrôlant les conditions de sécurité et de qualité pour les patients.

Résultats

L'expérimentation n°1 : infirmière experte en hémodialyse

Le service d'hémodialyse du Centre hospitalier de Lisieux, promoteur Dr Isabelle LANDRU

Début en octobre 2004 pour un an.

Problématique : La pénurie annoncée de néphrologues et la progression du nombre des patients dialysés.

Objectifs : L'objectif principal est de maintenir l'offre de soins en terme d'activité et de qualité. Les objectifs secondaires sont : réallouer le temps médical vers les consultations trimestrielles de dialyse et consultations de néphrologie pour réduire le délai d'attente pour une consultation de nouveaux malades et permettre à des infirmières (IDE) investies en hémodialyse d'entrevoir des perspectives de carrières dans le soin.

Contexte de l'expérimentation : L'expérimentation porte sur les patients hémodialysés en centre. Les patients, dont la prise en charge est déléguée à une IDE, doivent être vus au moins une fois par semaine par un médecin. 2 mois ont été consacrés à la formation pour les deux infirmières référentes et 10 mois au fonctionnement en routine.

Actes dérogatoires inscrits dans l'arrêté :

- Evaluation de la situation clinique du patient et diagnostic de situation,
- Vérification des critères biologiques,
- Prescription d'examens complémentaires dans le cadre d'un protocole,
- Information sur la pathologie, le traitement,
- Tenue du calendrier vaccinal, prescription et réalisation de vaccins selon protocole,
- Réadaptation du poids sec,
- Réalisation de tests de recirculation,
- Renouvellement de prescriptions à partir d'un protocole médical.

Déroulement et résultats de l'expérimentation

Critères de sélection : avoir plus de 5 ans d'ancienneté en dialyse (en l'occurrence plus de 10 ans) ;

- manifester un intérêt pour le suivi des patients et leur prise en charge ;
- avoir déjà participé à l'éducation de patients ;
- être très investi professionnellement et avoir beaucoup de rigueur.

La formation des infirmières théorique et pratique a consisté à :

- abords vasculaires pour hémodialyse : surveillance, tests d'évaluation ;
- la prise en charge de l'anémie ;
- la prise en charge du métabolisme phosphocalcique.
- suivre la visite initiale du médecin pendant deux mois (ce dernier expliquant comment il prescrit, pourquoi, quels sont les traitements utilisés et leur indication) ;
- apprendre certains gestes cliniques (tel que le suivi de l'artérite : palpation des pouls) ;
- apprendre à utiliser le dossier informatisé de chaque patient ;
- définir quelle prescription peut être renouvelée pour chaque patient sans avis systématique du médecin.

Les tâches réellement effectuées par l'infirmière experte :

- visite de chaque patient à chaque séance : écoute des patients et de leurs doléances, recueil des signes fonctionnels, recherche d'éventuels œdèmes des membres inférieurs, surveillance des pouls, examen de la Fistule artério-veineuse ;
- commentaires des examens biologiques, éducation diététique, suivi de l'observance médicamenteuse ;
- renouvellements d'ordonnances ;

- vérification de la bonne application de la prescription de dialyse ;
- programmation des examens biologiques, récupération et « recopiage » dans le logiciel de dialyse ;
- proposition de modifications thérapeutiques au médecin ;
- explications aux patients d'éventuels examens programmés ou des modifications de traitement effectuées par le médecin ;
- réadaptation éventuelle du poids sec ;
- réalisation éventuelle de tests d'évaluation de la Fistule artério-veineuse avec avis du médecin ;
- alerte du médecin en fonction du protocole en cas de problèmes en cours de séance ;
- préparation des staffs ;
- participation aux protocoles d'études cliniques ;
- préparation des bilans pré-transplantation rénale ;
- programmation et réalisation des vaccinations.

Discussion et conclusion du promoteur

La coopération entre professionnels de santé est donc possible en toute sécurité pour les patients dans les conditions dans lesquelles l'expérimentation s'est déroulée. Les résultats obtenus ne permettent toutefois pas de préjuger de leur généralisation à d'autres contextes d'exercice. Des expériences à l'étranger relatent déjà toutefois de telles délégations avec pour conclusions la création de nouveaux métiers comme au Québec, ou les *nurses practitioners* en hémodialyse reçoivent une formation spécifique.

Une réflexion a été menée dans ce sens par le groupe des enseignants en néphrologie. Des propositions basées sur la création de nouveaux métiers dans le cadre du LMD ont été produites. Mais il ne faut pas oublier que dans de nombreuses équipes, certaines des tâches étudiées dans l'expérimentation sont déjà déléguées, réparties peut-être sur plusieurs personnes : ne faut-il pas alors formaliser ces tâches.

Ne peut-on pas faire plus de choses dans le cadre réglementaire actuel ou faut-il le changer ?

L'expérimentation n° 2 : le suivi des patients traités pour une hépatite chronique C par une infirmière experte

le service de gastroentérologie du Centre Hospitalier de Montélimar, promoteur Dr NALET
Début en octobre 2004 pour un an.

Problématique : besoin d'une prise en charge particulière et adaptée à cause du traitement qui est lourd, associé à des effets secondaires importants, majorés du fait de la fragilité des patients traités. Chute de la démographie médicale en hépatogastroentérologie et augmentation du nombre de patient atteint allongeant les listes d'attentes pour un premier RDV.

Comme pour toute pathologie chronique, les patients atteints d'hépatite C ont besoin d'écoute, d'informations délivrées dans des termes accessibles. Depuis longtemps, les infirmières donnent cette information mais il n'y a pas de reconnaissance véritable de ce travail.

Dans de nombreux services d'hépatogastroentérologie, des infirmières sont déjà référentes pour des pathologies chroniques stabilisées notamment pour l'hépatite C. La reconnaissance d'un tel statut serait importante pour les personnes qui ont beaucoup investi depuis de nombreuses années dans la prise en charge de ces pathologies chroniques. De nombreuses infirmières, après un certain temps de pratique n'ont pas de possibilité d'évolution dans leur carrière si elles n'ont pas une orientation technique ou administrative. Elles seraient nombreuses à souhaiter un travail basé sur l'éducation, l'information et la relation d'aide avec des patients ayant une pathologie chronique.

Ces personnes seront d'une aide précieuse pour définir les compétences nécessaires pour devenir infirmière experte. En dehors de la formation en hépatologie, il faudra bien évidemment une formation spécifique à la relation d'aide et à l'éducation des patients.

Objectifs : L'objectif principal est de maintenir et d'améliorer la qualité et l'activité des soins dans un contexte

d'augmentation du nombre de consultations et la raréfaction des hépatogastroentérologues.

Les objectifs secondaires sont :

- améliorer l'adhésion du patient à son traitement ;
- améliorer la prise en charge des patients n'ayant pas répondu au traitement ;
- diminuer le nombre de consultations médicales ;
- réduire le délai d'attente de premier rendez-vous ;
- reconnaître le travail des infirmières déjà effectif sur le terrain ;
- définir les conditions d'une formation adaptée ;
- définir les conditions d'une généralisation (profil de poste).

Contexte de l'expérimentation

Le service de gastroentérologie du Centre Hospitalier de Montélimar a une tradition de réflexion sur l'éducation du patient. Le projet de coopération s'est donc inscrit dans un projet médical et soignant qui avait pour objectif de rendre le patient le plus autonome possible et le plus responsable de son traitement.

La première consultation est assurée par le médecin seul qui transmet ensuite à l'infirmière experte, les orientations diagnostiques et thérapeutiques et le mode de prise en charge à programmer.

La seconde consultation comprend l'annonce du diagnostic et la définition du traitement. L'annonce est faite par le médecin. L'infirmière experte reçoit ensuite chaque patient en consultation autonome. Le médecin et l'infirmière experte se concertent ultérieurement après cette consultation. A la fin de la consultation médicale, des données spécifiques concernant le patient sont recueillies. De la même façon, des données sont recueillies après la consultation infirmière. Ces documents sont colligés dans un dossier commun et confrontés.

L'infirmière experte donne des informations complémentaires sur la maladie, ses conséquences, les modes de contamination, les modalités du diagnostic et du suivi. Elle délivre aussi des informations sur le traitement éventuel, ses modalités et ses effets secondaires. Elle recueille l'accord du patient pour être suivi par une infirmière. Un courrier est envoyé au médecin traitant et, éventuellement à l'infirmière libérale.

Déroulement et résultats de l'expérimentation

Les compétences et les capacités de l'infirmière experte considérées comme nécessaires pour participer à cette expérimentation sont les suivantes :

- une expérience de terrain et une motivation à travailler pour une expérimentation en collaboration avec le médecin référent ;
- une connaissance de la pathologie ;
- une aptitude à la relation d'aide, de la disponibilité ;
- une qualité d'écoute et de reformulation ;
- une implication institutionnelle dans l'élaboration de la méthodologie de la démarche éducative ;
- une implication dans le réseau ville-hôpital.

L'infirmière qui a participé au projet a une ancienneté de 10 ans et dispose déjà d'une compétence étendue sur la pathologie et les réseaux de prise en charge.

La formation complémentaire pour l'infirmière a été d'une durée d'environ un mois pour pouvoir préparer les dossiers d'évaluation et se former à cette pratique. Elle a également participé pendant un mois à toutes les consultations de patients consultants pour Hépatite C et pour le suivi thérapeutique. La mise en place de l'expérimentation a demandé une volonté soutenue de la part des acteurs et un investissement conséquent, le projet devant être totalement formalisé. Un poste d'infirmier temps plein a été financé par l'ARH pour un an.

La disponibilité de l'infirmière experte dès le début du mois d'octobre 2004, le cadre réglementaire de l'arrêté du 13 décembre 2004 et l'expérience professionnelle de l'infirmière ont permis de définir les missions de l'infirmière, formaliser en détail le processus de prise en charge et notamment de préciser les articulations respectives médecin/infirmière experte ainsi que les outils de travail. L'infirmière experte a ensuite développé progressivement son activité de consultation.

il est indispensable pour l'infirmière experte de prévoir des périodes de disponibilité afin :

- de suivre le parcours du patient par la gestion des rendez-vous, la préparation des documents, préalables aux différentes consultations
- de vérifier les critères biologiques par la réception des analyses biologiques faxées afin d'alerter le médecin si les résultats sont perturbés (par ailleurs, le médecin reçoit tous les résultats d'examens)
- de préparer les ordonnances qui seront soumises à la signature du médecin ;
- de réaliser des consultations non programmées qui se traduisent par un temps d'accompagnement du patient et de son entourage dans le bureau infirmier ou par un temps d'échange téléphonique. Ces consultations sont souhaitées par le patient ou par le médecin.

Elles répondent aux besoins des personnes. C'est une priorité pour l'observance au traitement et pour l'amélioration de la qualité de vie de la personne soignée.

Les autres activités de l'infirmière experte comprennent

Une participation au réseau intra et extra hospitalier :

Un réseau existe depuis 2001. Il est composé de différents partenaires extérieurs :

- les professionnels de santé hospitaliers et libéraux ;
- les associations de malades ;
- les associations de prévention ;
- le centre de dépistage anonyme et gratuit.

Ce travail en réseau permet une cohésion dans la prise en charge d'une personne qui peut solliciter différents intervenants en même temps. De ce fait, on évite toute redondance dans l'accompagnement et on favorise une activité de complémentarité qui se manifeste par un accès aux soins facilité, une coordination et une continuité inter-disciplinaire cohérentes.

L'intervention à l'école d'infirmière :

Présentation de la démarche éducative des patients atteints d'hépatite C.

La participation à un groupe de travail régional :

Ce groupe de travail composé d'infirmières qui interviennent dans le cadre de suivi des patients atteints d'hépatite C a pour but de partager les différentes expériences et d'élaborer un dossier de soins commun.

L'implication dans la médiatisation de l'expérimentation :

Interview et participation à l'écriture d'articles dans des revues professionnelles.

Discussion et conclusion du promoteur

Pour l'infirmière : Cette expérience a permis de pratiquer des consultations infirmières autonomes. La consultation infirmière experte est différente de la consultation médicale. L'infirmière experte passe plus de temps en consultation (*en moyenne deux fois plus de temps que le médecin*). A la fin de la consultation, elle a une vision plus globale des différents problèmes du patient et notamment sur le plan psychologique. Elle a parfois tendance à se laisser submerger par le patient et à avoir des difficultés à cadrer les différentes demandes. Il y a une nécessité à une formation préalable à la pratique de la consultation et à l'entretien des patients pour ne pas se laisser déborder. L'infirmière a

conclu à une amélioration de l'accompagnement du patient et de son entourage dans toutes les étapes de la pathologie et du traitement. Elle a pu également avoir un rôle de coordinatrice dans le suivi avec les autres professionnels de santé et le réseau associatif. Le constat positif est d'avoir expérimenté une nouvelle conception de la coopération médecin-infirmière. Elle a eu la satisfaction de participer à l'évolution de la profession infirmière en expérimentant une nouvelle conception de son rôle. La difficulté a été de créer l'ensemble des outils nécessaires à cette expérimentation sans aide extérieure. Il a fallu passer beaucoup de temps pour bâtir l'expérimentation, les outils mais aussi pour gérer toutes les informations contenues dans ce travail d'expérimentation, les rentrer sur outil informatique.

Quand on travaille comme infirmière dans un service hospitalier, il est toujours difficile de se situer par rapport à ses collègues quand on a une fonction d'expérimentation ayant valeur nationale. Même sans cette fonction, il est difficile d'être en partie détachée du soin pour réaliser des tâches administratives ou de saisie de données. Au début, on peut avoir un sentiment d'inutilité quand on doit organiser cette nouvelle fonction et à distance de l'action des soins.

Enfin, le caractère expérimental de son rôle l'a obligée à s'exposer en première ligne par rapport aux médias et à la profession infirmière ce qui n'était pas toujours simple.

Nous concluons à la faisabilité de cette collaboration médecin-infirmière dans notre expérimentation, à l'absence de perte de chance pour le patient et à une meilleure observance thérapeutique. Nous ne pouvons pas encore conclure à un gain de temps médical mais après un an d'expérimentation, la tendance se précise.

Nous pensons qu'un nouveau métier d'infirmière est possible : infirmières expertes dont la formation reste à déterminer. Ces infirmières expertes pourraient être polyvalentes et suivre des patients atteints de maladie chronique. On pourrait proposer dans un premier temps, la valorisation des acquis existants chez des infirmières ayant des postes d'éducation et de suivi de patients atteints de maladies chroniques. Ces infirmières ne devraient pas être cantonnées dans des établissements de soins mais avoir des liens avec les médecins traitants et des infirmières d'éducation associées à des cabinets de médecins généralistes ou spécialistes de ville.

Le médecin et l'infirmière travaillent en synergie et coopèrent au quotidien. C'est bien l'essence de notre travail d'équipe. Quand on propose de déléguer certaines tâches, les réactions sont diverses. Certains médecins sont arc-boutés sur leurs prérogatives et certaines infirmières sur leurs décrets de compétences. Les problèmes de démographie médicale et l'augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques doivent nous mobiliser pour une réflexion profonde et adaptée sur un partage plus équilibré des responsabilités. Chacun doit garder son métier mais certaines tâches doivent être déléguées pour améliorer la prise en charge des patients. Chacun doit rester à sa place. Si l'infirmière fait des consultations, ce seront des consultations infirmières et non pas médicales.

Notre expérimentation au milieu d'autres a soulevé de l'enthousiasme dans le monde infirmier. Nous savons que les résultats en sont attendus avec intérêt par l'ensemble de la profession.

Nous espérons que notre travail aura permis de donner des perspectives positives à certaines infirmières très impliquées dans l'éducation thérapeutique. Il a fallu beaucoup de passion pour mener à bien cette tâche. Nous l'avons fait d'abord pour les patients convaincus qu'ils en tiraient un bénéfice et aussi pour participer à l'évolution de la profession infirmière sans s'écarter de la dimension de soins.

L'expérimentation n° 3 : la coopération entre Manipulateur en électroradiologie, et médecins radiothérapeutes

les départements de radiothérapie de l'Institut CURIE à Paris, du Centre Alexis VAUTRIN à Nancy et du Centre Oscar LAMBRET de Lille, promoteur Pr Bey
début en octobre 2004 pour un an

Problématique : forte augmentation de la demande de soins en radiothérapie, évolution technique majeure, une démographie médicale inquiétante, une attractivité médiocre de la profession de manipulateurs d'électroradiologie en particulier pour l'exercice en radiothérapie.

L'expérimentation de la délégation de tâches en radiothérapie a donc été construite en fonction de ces constats pour faire face à l'augmentation de la demande de soins en radiothérapie et à l'évolution technique, pour économiser du temps d'oncologue radiothérapeute et de radiophysicien, et également en vue de faciliter l'évolution de carrière des manipulateurs. Elle a été construite comme une délégation de certaines compétences jusqu'ici médicales de l'oncologue radiothérapeute vers le manipulateur d'électroradiologie,

Objectifs : L'objectif principal de cette expérimentation était de démontrer la faisabilité de la délégation de tâches et de compétences ainsi défini pour à terme faire face à l'augmentation de la demande de soins en radiothérapie et à l'évolution technique.

Les objectifs secondaires sont :

- la démonstration d'une économie de temps pour les oncologues radiothérapeutes et pour les radiophysiciens ;
- l'élaboration d'une évolution de carrière pour les manipulateurs et les techniciens de physique en évaluant notamment la formation complémentaire nécessaire.

Contexte de l'expérimentation : L'expérimentation a concerné 3 des étapes du processus complexe amenant à la réalisation d'une radiothérapie externe, sachant qu'un certain nombre de ces étapes sont déjà totalement transférées au manipulateur comme par exemple la réalisation quotidienne des traitements, inscrite dans le décret de compétences.

Les 3 étapes concernées sont :

- la simulation standard ou virtuelle dans le cadre d'un protocole de préparation à un traitement sur prescription médicale ;
- la délinéation (contourage) des organes à risque et de certains volumes cibles anatomocliniques standardisés dans le cadre de protocoles pré-établis ;
- des études dosimétriques complexes notamment conformationnelles.

La validation par l'oncologue radiothérapeute en lien avec le radiophysicien est indispensable. Pour le technicien de physique, seules les études dosimétriques étaient déléguées. Une expérience limitée de délinéation a été néanmoins faite.

2 mois de formation pour les deux manipulateurs en électroradiologie et 10 mois en fonctionnement de routine.

Actes dérogatoires inscrits dans l'arrêté :

- simulation standard ou virtuelle dans le cadre d'un protocole de préparation à un traitement sur prescription médicale ;
- délinéation (contourage) des organes à risque et des volumes cibles anatomocliniques standardisés dans le cadre de protocoles préétablis ;
- études dosimétriques complexes, notamment conformationnelles.

Déroulement et résultats de l'expérimentation

Pour chacun des 3 départements concernés, une ou au maximum deux manipulatrices, un physicien

et un oncologue radiothérapeute ont été impliqués dans l'expérimentation. Sur le site de l'Institut Curie, un technicien de physique a participé à l'expérimentation uniquement pour les procédures de contourage et de dosimétrie.

Procédure de simulation

Le temps moyen mis a été de 15 à 30 minutes. La validation est de 100 % pour les cancers du sein et de la prostate, par contre pour les métastases, s'il n'y a pas eu besoin de reprendre les patients, il y a souvent besoin d'une adaptation.

Procédure de délinéation (contourage)

109 ont été effectués par des manipulatrices. Les localisations concernées sont le cancer de la prostate, le temps moyen était de 45 minutes.

Seuls 14 ont été partiellement validés par le médecin, les modifications portant sur l'apex et/ou les vésicules séminales. Les autres délinéations (58), ont concernés les organes à risque avec un temps de 30 à 90 minutes, une validation systématique avec parfois des corrections ponctuelles.

Le technicien de physique a réalisé 12 expériences de délinéation en comparaison avec le contourage fait auparavant par le médecin et les différences sont plus importantes en ce qui concerne le volume cible anatomoclinique.

Procédure de dosimétrie

Elles ont été faites par des manipulatrices et techniciens de physique, elles concernaient la radiothérapie conformationnelle à l'exclusion de la modulation d'intensité.

192 dossiers Les temps de réalisation ont variés de 20 minutes à 1 heure 50 avec une moyenne de 65 minutes. Il y a eu 100 % de validation par un physicien avec des modifications en règle minimes, mais cette activité était déjà largement effectuée par les personnels concernés.

Discussion et conclusion du promoteur

Les difficultés rencontrées ont été importantes et relèvent de plusieurs éléments.

Surcharge de travail

La période retenue pour cette expérimentation a coïncidé avec des difficultés de recrutement dans les 3 départements contrairement à ce qui avait été proposé par la lettre du ministre aux directeurs d'A.R.H. concernés. Une pénurie importante de manipulateurs existait avec des postes vacants. Cette surcharge a fait que les activités concernant l'expérimentation ont été faites en général en heures supplémentaires et en dehors des horaires normaux de travail.

Résistances dans les services

Un manque de soutien, voir des résistances dans les différents services qui tiennent à une mauvaise compréhension de la démarche, peut-être par insuffisance d'explication, mais aussi l'inquiétude à voir se modifier de façon imposée la pratique à la fois médicale et paramédicale. Les principales critiques étant, du côté médical : on veut faire des économies et faire faire une partie de nos tâches par des personnes non qualifiées pour cela. Du côté des manipulateurs, on veut se débarrasser des tâches qui n'intéressent pas les médecins. On peut en retenir que la communication sur ces sujets doit être amplifiée avec des explications fournies pour une anticipation des nécessaires évolutions qui interviendront dans l'avenir.

Manque de connaissance en anatomie

Le manque de connaissance en anatomie a beaucoup gêné les manipulateurs comme cela était attendu. Les modalités et les conditions de l'expérimentation n'ont pas permis de réaliser une formation spécifique préalable. Le personnel manipulateur ou technicien de physique qui a été choisi l'a été en raison de l'expérience acquise sur le terrain, en particulier en simulation ou en dosimétrie mais très peu en délinéation, en particulier de certains volumes cibles anatomocliniques.

Constats principaux

La faisabilité est démontrée dans les conditions de l'expérimentation menée avec des personnels volontaires et expérimentés pour :

- la simulation chaque fois qu'il y a des protocoles établis
- le contournage : celui-ci est considéré par les manipulateurs et techniciens comme un élément très positif mais il y a une nécessité d'une formation théorique en anatomie radiologique qui n'a pas été faite et dont le besoin est apparu comme impératif ;
- la dosimétrie : les dosimétries complexes de type conformationnel étaient déjà largement déléguées aux manipulateurs et au technicien qui ont participé.

Le gain de temps a été évalué empiriquement compte tenu des difficultés de réalisation sur le terrain. Il est considéré comme réel et important par les médecins et les physiciens qui ont participé à l'expérimentation et qui sont convaincus du bien fondé de celle-ci.

Propositions

Etendre l'expérimentation et y associer des modes d'exercices différents, en particulier en libéral, avec une évaluation parfaitement cadrée, réalisée par une équipe extérieure aux établissements.

Nécessité d'une formation théorique complémentaire en anatomie et en dosimétrie.

Pour l'avenir, sous réserve que l'expérimentation ultérieure soit concluante, on peut envisager que la formation théorique complémentaire en anatomie et en dosimétrie :

- soit incluse dans la formation initiale (ceci sera probablement possible dans le cadre d'une universitarisation de la formation dans le cadre du LMD) ;
- soit courte (quelques semaines), associée à une expérience pratique, et on reste dans le cadre de la délégation ;
- soit longue (un an), diplômante, ce qui pourrait aboutir à une évolution pour une partie des manipulateurs vers un nouveau métier de « dosimétriste ».

Il faudra résoudre la question de la co-existence des manipulateurs d'électroradiologie et des techniciens de physique, et de la répartition de leurs activités, les premiers étant plus orientés vers la prise en charge des malades, les deuxièmes plus vers la prise en charge des machines avec une activité commune autour de la dosimétrie.

L'expérimentation n°4 : collaboration Ophthalmologiste/Orthoptiste en cabinet de ville deux cabinets de ville d'ophtalmologie au Mans, promoteur Dr ROTTIER

Problématique : La spécialité d'ophtalmologie est l'une des plus concernée par la diminution du nombre de médecins, ce qui se traduit par un allongement des délais de consultation selon les régions.

Objectif principal : optimiser les tâches des ophtalmologistes en organisant une délégation vers les orthoptistes.

Objectifs secondaires : réduire les délais d'attente des patients pour avoir accès à une consultation d'ophtalmologie programmée ou non ; améliorer la qualité des examens ophtalmologiques.

Contexte de l'expérimentation

L'arrêté du Ministère de la santé et des solidarités du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professions de santé publié le 13 janvier 2005, autorise une expérimentation de transfert entre les ophtalmologistes et les orthoptistes par deux cabinets d'ophtalmologie promoteurs du réseau d'examens de la vision et d'accès aux soins ophtalmologiques de la Sarthe et en définit les modalités : lieu, durée, professionnels et patients concernés, actes transférés, conditions de mise en œuvre et

modalités d'évaluation. Les modalités d'évaluation comporte la mise en place d'un comité de pilotage

et quatre directions : mesure de l'activité, évaluation de la sécurité et de la qualité de la prise en charge, évaluation de l'impact organisationnel, évaluation de l'impact économique.

Au cours de l'expérimentation, la répartition des tâches a été la suivante :

- L'examen de l'orthoptiste comporte :
 - le débrouillage du motif de la consultation ;
 - réfraction ;
 - bilan oculomoteur ;
 - mesure de la tension oculaire sans contact ;
 - pose des lentilles choisies par le médecin, apprentissage des manipulations, enseignement des signes d'alarme.
- L'examen de l'ophtalmologiste comporte :
 - l'interrogatoire ;
 - le contrôle des actes effectués par l'orthoptiste ;
 - la mesure de la pression intra oculaire par contact si nécessaire ;
 - l'examen des structures oculaires et des annexes (observation directe + lampe à fente + divers procédés pour l'examen des fonds d'yeux (ophtalmoscopie directe, utilisation d'une loupe (avec ou sans dilatation) observation par verre de contact, ophtalmoscopie indirecte) ;
 - synthèse et diagnostic ;
 - conclusions.

L'unité de ces actes se réalise à partir de la complémentarité indissociable des approches physiologiques et pathologiques (« 10/10 et un diagnostic ») de l'examen de la vision. Le schéma suivant décrit la manière dont se réalise l'examen physiologique et pathologique de la vision avec les actes réalisés par l'orthoptiste sous la supervision et dans les actes de l'ophtalmologiste.

Déroulement et résultats de l'expérimentation

La formation des orthoptistes pour des examens de la vision en binôme ophtalmo-orthoptiste, comporte trois dimensions : la formation à la réfraction ; la formation à la pose de lentilles ; la formation à des techniques particulières.

Trois ophtalmologistes sont aidés par deux orthoptistes travaillant 39 heures. Le temps de travail total des orthoptistes représente environ la moitié du temps de travail total des 3 ophtalmologistes.

Un seul ophtalmologiste consulte dans le cabinet d'ophtalmologie de La Flèche. Il est aidé par deux orthoptistes. Le rapport entre les temps de travail de l'ophtalmologiste et de l'orthoptiste se rapproche de 1.

Le patient prend rendez-vous par la secrétaire de chaque ophtalmologiste. Si nécessaire les patients peuvent consulter en urgence.

Le patient est reçu dès son arrivée par la secrétaire de l'unité de cabinets d'ophtalmologie ou du cabinet. Il est alors orienté dans une salle d'attente à proximité de la salle d'examen de l'orthoptiste. A la fin de son examen, l'orthoptiste oriente le patient vers la secrétaire de l'ophtalmologiste qui le reçoit puis l'oriente vers la salle d'attente du cabinet d'ophtalmologie.

Le partage des données et des échanges de messages sont réalisés tout au long du circuit du patient par un système de dossier médical et un réseau de communication électroniques. A la fin de chaque demi journée, l'orthoptiste et l'ophtalmologiste se concertent sur les examens réalisés.

Discussion et conclusion du promoteur

L'expérience conduite dans la Sarthe d'une consultation d'ophtalmologie aidée par un orthoptiste est concluante dans les trois dimensions suivantes :

La faisabilité interprofessionnelle est acquise

La réalisation des examens de la vision avec l'aide d'un orthoptiste est faisable dans un cabinet ou une unité de cabinets d'ophtalmologie.

Il n'a pas été observé de perte de chances pour les patients

Les observations sur le terrain, les enquêtes auprès des professionnels et les analyses des dossiers sur les 4 mois de l'expérimentation n'ont pas révélés des pertes de chances pour les patients. La qualité et la sécurité de l'examen de la vision sont assurées par le recrutement et la formation des orthoptistes et leur bonne intégration dans une unité d'exercice médical par une formalisation des échanges ophtalmo-orthoptiste pendant les examens et à la fin de chaque demi-journée.

Et même on voit apparaître plus de temps consacré aux soins pour le patient

Ces observations, ces enquêtes et ces analyses ont aussi permis de voir que le binôme ophtalmoorthoptiste

non seulement ne dégrade pas l'examen de la vision, mais l'améliore en augmentant le temps de l'examen de la vision et grâce à la spécialisation de chacun des membres du binôme dans une unité d'exercice.

L'évaluation de l'ampleur de ce gain médical en termes de correction de la réfraction et de dépistage des pathologies mériterait une étude clinique approfondie.

Adaptation de la formation et du décret de compétence des orthoptistes

Trois types de formations sont à différencier :

- pour la réfraction ;
- pour la pose de lentille ;
- pour les mesures de la tension oculaire, des verres portés, par réfractomètre automatique et la prise de photo de fond d'œil.

Le décret de compétences des orthoptistes pourrait évoluer en tenant compte des différentes perspectives de rationalisation de l'examen de la vision et de l'accès aux soins ophtalmologiques respectant l'unité de l'exercice médical. Ces trois perspectives sont les suivantes :

1. ophtalmologiste(s) et orthoptiste(s) dans un lieu d'exercice unique ;
2. ophtalmologiste(s) réalisant l'examen de la vision et l'accès aux soins ophtalmologiques avec des orthoptistes exerçant à distance dans des territoires à faible densité professionnelle, reliés avec l'ophtalmologiste par un réseau de télé-médecine, et après une période d'apprentissage du binôme dans un lieu d'exercice unique. Cette organisation serait bien adaptée pour le suivi de proximité de certaines pathologies concernant plus particulièrement les personnes âgées (glaucome, diabète, etc.), à condition que le travail de coordination accru de l'ophtalmologiste soit pris en compte comme on le fait déjà avec la coordination médicale générale autour des personnes âgées ;
3. ophtalmologiste(s), orthoptiste(s) et aide(s) qualifiée(s) travaillant sous le contrôle des premiers, dans un lieu d'exercice unique.

Ces unités médicales d'examen de la vision et d'accès aux soins ophtalmologiques pourraient promouvoir localement des groupements interprofessionnels de santé visuelle avec les opticiens.

Ces groupements interprofessionnels locaux participeraient alors à la promotion de réseaux de santé visuelle départementaux ou régionaux avec les établissements de santé privés et publics, et en cohérence avec les universités et grandes écoles.

L'expérimentation n° 5 : la coopération entre médecins spécialistes et diététiciens pour le traitement des diabètes de type 2

4 centres hospitaliers de la région des Pays de Loire : CHU de Nantes, CHU de Angers, CH de la Roche sur Yon et CH de Châteaubriant

sur une période de 3 mois. Début des inclusions : semaine 39 (2005).

Problématique : La démographie médicale en France va connaître une évolution conduisant à proposer la délégation de certaines tâches médicales à des acteurs paramédicaux. Dans le domaine de la nutrition, une interaction importante existe entre les médecins spécialistes ou non et les diététiciens. Cette relation est assez bien établie et codifiée en milieu hospitalier mais elle est en revanche beaucoup moins structurée dans le milieu libéral ou pour les patients suivis à l'hôpital en ambulatoire.

Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de souligner l'intérêt de cette délégation pour épargner du temps de consultation aux médecins spécialistes dans un premier temps et pouvoir ainsi leur permettre de mieux se consacrer sur des aspects concernant les thérapeutiques faisant appel notamment à des médicaments ou à l'éducation des patients, particulièrement sur l'autosurveillance et l'observance thérapeutique. De plus, ce gain de temps devrait permettre de réduire les listes d'attente pour accéder aux consultations.

L'objectif secondaire sera de démontrer que cette délégation peut être réalisée à qualité de soins au moins identique et identifiée à partir de critères à la fois biologiques et cliniques (hémoglobine glyquée et qualité de vie).

A partir de ces objectifs primaires et secondaires principaux, d'autres intérêts de cette expérimentation pourront être identifiés : détection des besoins de formation complémentaire des diététiciens pour assurer cette délégation de tâches, identification des difficultés notamment administratives.

Contexte de l'expérimentation La délégation de tâches concerne la thérapeutique diététique des patients à partir d'une prescription initiale mais qui pourra être modifiée par le diététicien.

Dans l'état actuel du projet, il s'agit uniquement d'une articulation entre médecin spécialiste hospitalier

et diététicien hospitalier pour des patients pris en charge en ambulatoire. Le champ actuel de l'expérimentation ne concerne pas la médecine libérale ou les médecins généralistes mais on peut parfaitement envisager, si cette expérience est positive, qu'elle soit étendue à tout le corps médical. Le médecin reste responsable de la prescription initiale et de l'évaluation au terme de l'éducation. Il assure les conditions de contrôle de la réalisation effective de la thérapeutique diététique en rencontrant le patient à l'issue de la prise en charge.

Actes dérogatoires inscrits dans l'arrêté :

- pas de décret d'acte pour la profession de diététicien ;
- consultation ;
- évaluation de la situation diététique de la personne ;
- adaptation de la prescription médicale hors substances médicamenteuses.

L'ARH a accepté de financer sur 6 mois le salaire d'une diététicienne

Déroulement et résultats de l'expérimentation

7 diététiciennes au total reçoivent les patients en consultation. La moyenne de l'ancienneté des diététiciennes en service d'endocrinologie : 14 ans.

Formation de base : DUT de biologie appliquée option diététique ; BTS de diététique.

Autres formations sur le diabète, l'éducation...

Nombre de visites médicales et temps médical consacré aux conseils diététiques

Le temps médical consacré aux conseils diététiques est plus important dans le groupe médical puisque les patients ne voient pas la diététicienne.

A la visite d'inclusion (V1): 6 minutes supplémentaires.

A la visite finale (V3): 2 minutes supplémentaires.

Au total : 8 minutes supplémentaires par patient sont consacrées aux conseils diététiques dans le groupe médical.

Si le médecin confie ses patients aux diététiciennes, il réalise un gain de temps de 1h à 1h20 sur une consultation de 10 patients, ce qui lui permet d'augmenter sa consultation de 2 à 3 patients.

Consultations diététiques réalisées par les diététiciennes dans le groupe diététique

La durée moyenne d'une consultation est d'environ 40 minutes.

La première consultation diététique (prise en charge) dure : 45 minutes pour 6 % des patients et 1 heure pour 94% des patients.

Les consultations suivantes durent : 15 minutes pour 6 % des patients et 30 minutes pour 94 % des patients.

Les diététiciennes reçoivent souvent les patients sans prescription médicale initiale et modifient fréquemment (50 % des cas) la prescription initiale.

Evolutions de traitement dans les deux groupes

Les traitements médicamenteux sont plus souvent majorés dans le groupe médical à la visite d'inclusion (V1) et à la visite finale (V3), alors que les traitements ne sont pas modifiés ou sont diminués dans le groupe diététique.

Ceci peut être dû aux habitudes de prescription des médecins qui ajustent leur prescription quand ils ne confient pas leurs patients aux diététiciennes.

Discussion et conclusion du promoteur

L'élément important est que sur un critère essentiel de jugement qu'est le contrôle glycémique (qui est notre objectif thérapeutique majeur), il y a une très forte réduction de l'hémoglobine glyquée de 2 % avec une quasi normalisation des patients dans le groupe diététique (7,1 %) par rapport au groupe médical qui certes est efficace, puisque là une réduction de 1 % est observée, mais qui reste plus élevée que dans le groupe diététique (8,1 %).

Enfin, concernant notre critère principal de jugement, on constate que le temps médical consacré aux conseils diététiques durant la consultation est bien sûr nettement abaissé dans le groupe diététique par rapport au groupe médical (presque 50 %) quoique d'une amplitude modérée (8 minutes en moyenne). En d'autres termes, si l'on considère qu'un médecin peut voir environ 3 patients diabétiques à l'heure en consultation, cette délégation de tâches pourrait lui permettre de gagner pour 10 patients environ 1 heure, soit l'équivalent de 2 à 3 consultations et avec une efficacité sur le plan du contrôle glycémique, au moins identique si ce n'est supérieure, comme le suggèrent ces premiers résultats.

En résumé, les prescriptions de traitement ont été nettement majorées dans le groupe médical par rapport au groupe diététique, ce qui laisse envisager un gain sur les prescriptions dans ce dernier groupe qui pourrait en grande partie compenser les surcoûts liés à un remboursement direct ou dans le cadre d'un réseau de soins.

Sur l'objectif principal de l'étude :

Les résultats partiels de cette expérimentation montrent que la délégation de prise en charge thérapeutique diététique de patients diabétiques de type 2 en ambulatoire et en secteur hospitalier de médecins spécialistes à des diététiciens permet d'épargner du temps aux médecins.

En effet, les médecins gagneront 2 à 3 consultations supplémentaires par consultation de 10 patients.

Sur les objectifs secondaires :

Le groupe diététique a obtenu de meilleurs résultats concernant la diminution de l'hémoglobine glyquée (- 2 %) et la réduction pondérale.

Les résultats intermédiaires ne mettent pas en évidence de différence entre les 2 groupes quant à l'évaluation des autres facteurs de risque cardio-vasculaire.

Il semble que le montant des ordonnances dans le groupe médical soit supérieur à celui du groupe diététique.

En conclusion, ces résultats partiels montrent que la délégation ne s'accompagne pas d'une réduction de la qualité des soins mais plutôt d'une amélioration des soins.

Synthèse et commentaires

Une analyse générale peut être à ce stade dégagée.

La réalisation d'actes médicaux par les professionnels paramédicaux préalablement formés est faisable dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour les patients

Tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins.

Dans de nombreux endroits et semble-t-il de façon importante, les acteurs paramédicaux réalisent des actes en dehors de leur décret d'exercice. Ces pratiques semblent peu encadrées tout au moins formellement (pas toujours de protocoles écrits). Il y a donc comme dans toute situation de travail un écart entre le travail prescrit et le travail réel. Dans le champ de la santé où les interventions des professionnels sont réglementées, ce décalage pose question et justifie une mise en conformité des pratiques et des compétences.

Le temps d'intervention des acteurs professionnels : entre complémentarité, substitution, et addition

la diminution de la charge de travail du médecin et la réduction des coûts semblent très liées au contexte de soins. La charge de travail des médecins peut rester inchangée, notamment parce que les infirmières développent leurs activités pour des besoins jusqu'alors non satisfaits ou parce que la présence des infirmières génère une demande de soins nouvelle. Si le médecin voit sa charge de travail modifiée, l'économie induite sera plus importante notamment si le médecin peut ré-allouer ce temps à une activité strictement médicale. L'économie réalisée est aussi très dépendante de l'amplitude du différentiel de salaire entre le médecin et l'infirmière et peut être réduite par la durée des consultations infirmières qui est plus longue que celle des médecins.

Les contraintes architecturales et la couverture des besoins de la population sur l'ensemble du territoire

Plus les différents lieux de consultations et d'interventions des différents acteurs professionnels sont proches et intégrés, plus les communications entre acteurs sont facilitées, et plus le parcours du patient est optimisé. Conçue dans un lieu unique, la coopération entre professionnels est rendue d'autant plus efficiente que l'architecture des locaux permet ou est au service de cette organisation. L'architecture apparaît dès lors comme une condition de la bonne mise en œuvre de la coopération.

Une marge de manœuvre importante dans les textes existants qui ne semble pas toujours exploitée

Les décrets d'activité, notamment pour les infirmières permettent une délégation d'acte assez large à la condition d'une formalisation et d'une protocollisation explicite. Il semble que si la délégation de fait soit assez développée en pratique comme nous l'avons vu, c'est le plus souvent dans un cadre informel et faiblement explicité. On peut donc penser que de nombreuses marges de manœuvre

existent dans le cadre juridique actuel pour mettre en oeuvre une pratique déléguée et faire ainsi face à une baisse de la force de travail disponible dans les équipes de soins.

La définition des exercices professionnels à travers des actes différenciés n'est elle pas à remettre en question ?

La préparation et la mise en oeuvre des projets expérimentaux ont permis de renforcer le constat selon lequel des exercices professionnels fondés uniquement sur des actes sont obligatoirement dépassés à un moment donné du fait de la modification rapide de ces actes (avancée technologique, réorganisation des activités...). Cette situation explique en partie le décalage entre le droit et les pratiques.

Par ailleurs la rédaction de ces décrets suppose un exercice auprès du patient comme une addition d'actes faits par des professionnels différents et non comme une complémentarité de compétences. Les décrets n'envisagent pas la coopération entre les différents professionnels ou l'idée d'actes partagés par différents types de personnels.

Faut-il modifier le système de réglementation des professions ? Sortir des décrets d'actes ? Ne faut-il pas distinguer plusieurs niveaux de droit ? Inscrire les professions à décrets dans la loi en décrivant les compétences d'une façon générale et réguler les actes comme cela est fait dans d'autres pays en découplant les actes et les professions ? N'est-il pas envisageable de donner plus de poids à la formation en délivrant des qualifications limitées ? Une réflexion juridique ne serait-elle pas nécessaire ?

De la délégation au transfert de compétences : un processus qui doit s'opérer dans un cadre organisé

L'apprentissage à une nouvelle organisation de travail et à l'exercice d'une nouvelle responsabilité prennent du temps et nécessitent la maîtrise de savoirs théoriques et pratiques mobilisables en situation. S'il paraît envisageable que certaines activités médicales, notamment protocolisées, puissent être menées à terme par des non médecins dans un cadre non délégué, il nous paraît important, au vu des résultats de replacer la perspective du transfert de compétence dans un processus dynamique qui mette d'abord en avant la délégation dans un cadre organisationnel. Evaluer une situation et prendre une décision de prescription relèvent de compétences acquises par une pratique et une formation théoriques approfondies. La formation constitue à ce titre un enjeu principal dans toute démarche de délégation et particulièrement de transfert de tâches.

L'indispensable rapprochement de la formation des professionnels de santé avec la définition des métiers

La formation est traditionnellement le creuset de la constitution des compétences en santé. Par exemple, le besoin de formation en anatomie pour les manipulateurs en électroradiologie a été relevé dans le projet en radiothérapie. La rédaction des protocoles notamment pour les situations concernant les infirmières a révélé des points communs sur les compétences requises entre des situations *à priori* très différentes notamment en ce qui concerne la prise en charge de patients porteurs de maladies chroniques (hémodialyse, suivi des patients atteints d'hépatite C). Les activités d'écoute, d'évaluation, de prévention, d'éducation thérapeutiques, de synthèse, de coordination semblent pouvoir constituer le socle commun d'une première année de formation d'un parcours en deux années dont la deuxième année pourrait être constituée par une spécialisation dans un domaine particulier¹³ (cardiologie, néphrologie, cancérologie, etc...).

Comment monter et inscrire ces formations dans le cadre du LMD en lien avec les formations médicales ? Peut-on traiter indépendamment modèle de formation et évolution réglementaire ? Il convient d'identifier les métiers en basant la réflexion à partir des grands domaines de santé et de

construire les formations dans le cadre des parcours licence master en mettant en présence les médecins et les professionnels de santé intéressés.

Le développement des nouveaux métiers : un processus progressif et limité

Une confusion fréquente lorsqu'on évoque la délégation de tâches, consiste à considérer que dans tel ou tel champ de la santé la délégation doit concerner tous les acteurs d'une profession paramédicale donnée. Il n'en est rien, les professions paramédicales existantes ont leur référentiel, leurs attributions, leurs champs d'interventions.

La délégation d'actes médicaux à une profession paramédicale vise le plus souvent des professionnels dont le métier et donc la formation sont à construire.

La question de la rémunération

Une rémunération spécifique est évoquée par la plupart des professionnels engagés dans les expérimentations qu'ils soient médecins ou paramédicaux. Il paraît légitime à terme de valoriser spécifiquement les fonctions à responsabilités plus étendues et nécessitant une qualification plus élevée.

Conclusion

Les cinq expérimentations qui sont présentées dans ce rapport même si elles révèlent des limites méthodologiques, ont le mérite de démontrer la faisabilité, en toute sécurité pour les patients, de la délégation de tâches dans les domaines et contextes abordés. Elles démontrent également une très forte motivation des acteurs médicaux et paramédicaux impliqués dans le soin, de voir évoluer nos pratiques vers plus de collaborations entre tous ces acteurs de santé. Ces expérimentations sont en ce sens exemplaires et marquent une étape historique dans l'organisation du système de soins en France.

Ces expérimentations démontrent souvent que les résultats obtenus aux bénéfices des patients sont réels par rapport à la pratique médicale habituelle, elle-même non évaluée d'ailleurs, il faut le rappeler. Dix nouvelles expérimentations dont les arrêtés viennent d'être signés vont débuter prochainement.

Le pilotage sera assuré par l'ONDPS et l'HAS. L'évaluation sera faite par l'HAS.

Ceci étant, il est urgent, dès à présent, d'identifier en concertation avec les professions concernées quelques nouveaux métiers, en se fondant sur les résultats des 5 expérimentations présentées dans ce rapport, dont il faut rapidement prévoir la formation pour ne pas remettre à trop tard une organisation de notre système de soins qui le demande et le justifie.