

COORDINATION NATIONALE INFIRMIERE

C N I

270 Bd Sainte Marguerite
13 009 MARSEILLE
6508 / RC 1249 /1

☎ : 04 91 74 50 70 / ☎ : 04 91 74 61 47

<http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/>

fsi-sud@mail.ap-hm.fr

coord-nat-inf @ wanadoo.fr



« Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé »

Le rapport sur les 5 expérimentations de coopération de délégation de tâches entre professions de santé présenté par le Professeur Yvon Berland et le Docteur Yann Bourgueil en juin 2006 vient d'être publiés.

Initiées par le premier rapport Berland « transferts de tâches de compétences » en 2003, il a fallu attendre juin 2006 pour connaître le résultat des cinq premières expérimentations lancées en France 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 la délégations d'activités et de compétences entre la profession médicale et les autres professions de santé. Ces expérimentations se sont inscrites dans un cadre législatif et règlementaire* bien précis et une méthodologie proposée par le ministère de la santé. En effet, un plan type d'une expérimentation de délégation de tâches ou de transfert compétence a été communiqué aux équipes expérimentales.

Ce plan type comprend 2 parties :

1. la description de l'expérimentation
2. le protocole d'évaluation de l'expérimentation

Le protocole d'évaluation va s'appuyer sur la description de l'expérimentation. Elle entre à part entière dans le protocole d'évaluation en décrivant la situation de référence et en fixant les objectifs.

Voici les 5 expérimentations et les professions, patients et actes concernés

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.

Actes concernés par l'expérimentation :

Évaluation de la situation clinique du patient et diagnostic de situation, vérification des critères biologiques,

Prescriptions d'examen complémentaires, information sur la pathologie, tenue d'un carnet vaccinal, prescription et réalisation de vaccin, réadaptation poids sec, réalisation du test de recirculation, renouvellement de prescription.

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.

Actes concernés par l'expérimentation :

Consultation, examen clinique du patient interrogatoire, évaluation de la situation clinique du patient et diagnostic de la situation, vérification des critères biologiques, adaptation de la

prescription médicale, prescriptions d'examens complémentaires et d'actes précis, information concernant la pathologie et le traitement.

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

Actes concernés par l'expérimentation :

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 anatomo-cliniques standardisés, études dosimétriques complexes, notamment conformationnelles

Expérimentation n°4 : collaboration Ophthalmologiste/Orthoptiste en cabinet de ville deux cabinets de ville d'ophtalmologie au Mans,

Promoteur Dr ROTTIER

Actes concernés par l'expérimentation :

Mesure de la réfraction oculaire dans le cadre d'une consultation d'ophtalmologie, prise de la tension oculaire par un tonomètre à air, pose de la lentille sur un œil et séances d'adaptation

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).

Actes concernés par l'expérimentation :

Consultation, évaluation de la situation diététique de la personne, adaptation de la prescription médicale hors substances médicamenteuses.

Les problématiques sont souvent identiques pour toutes les expérimentations : pénurie médicale, augmentation de la demande de soins avec besoin d'une prise en charge du patient particulière et adaptée, des glissements de tâches vers les paramédicaux déjà présents mais non reconnus, un allongement des délais de rendez-vous pour consultation.

L'objectif principal retrouvé pour les 5 expérimentations se traduit par l'optimisation des consultations ou visites médicales dans un contexte de qualité et de sécurité des soins et démontrer la faisabilité de la délégation de tâches et compétences.

L'ancienneté du paramédical dans le service (10 ans) et la profession (+ 10 ans), une forte implication dans la prise en charge de ces pathologies (rôle d'éducation, reformulation... font déjà partie des compétences du paramédical), des tâches déjà déléguées mais non reconnues (consultation infirmière, procédure de dosimétrie pour les manip radio), sont des éléments ayant facilités le déroulement de ces expérimentations, et leurs succès.

Tous les actes ou tâches faisant partie du transfert médecin/paramédical sont protocolisés et si une situation ne l'est pas la signalisation est immédiatement faite au médecin qui doit se rendre disponible en cas de nécessité. Les prescriptions sont signées uniquement par le médecin.

Il est à noter qu'une grande disponibilité est nécessaire au paramédical pour réaliser une qualité de prise en charge dans cette délégation (+ de temps de consultation = meilleure compréhension et adhésion aux soins et traitement de la part du patient), c'est déjà l'apanage du paramédical que d'être plus à l'écoute du patient et à l'élaboration d'un plan de soin au plus près de l'identité du patient pour des soins de qualité.

Une formation a été impérative avant le début des expérimentations pendant une durée de 2 mois environ entre théorie (cours) et pratiques (suivis consultation médicale). Les meilleurs résultats ont été obtenus après l'acquisition quotidienne des tâches.

Ces expérimentations ont pu être réalisées également parce que les ARH ont financé un poste paramédical temps plein dans certains cas (IDE, Diététicien). Quand aurait-il été autrement ?

Les conclusions de ces 5 expérimentations ont montrés la faisabilité de cette coopération de délégation de tâches entre professions de santé sans dégradation de la qualité des soins et souvent avec une amélioration.

La notion de nouveau métier est mentionnée : *infirmière experte, mais dans quel contexte de formation, d'étude ?* Nous avons vu que l'ancienneté, l'implication et la formation étaient primordiales dans le succès des expérimentations ; ceci dit la formation doit être de qualité et aboutir à une réelle reconnaissance, elle doit être diplômante ! dans leurs conclusions les promoteurs en font état en spécifiant qu'il faut mener des réflexions sur la créations de nouveaux métiers dans le cadre du LMD, qu'il ne faut pas oublier que dans de nombreuses équipes certaines tâches sont déjà déléguées et qu'il faudrait peut-être formaliser tout cela. Ils disent également que les résultats obtenus ne permettent pas de préjuger de la généralisation à d'autres contextes d'exercice.

Pour terminer et pour répondre à l'objectif principal de ces expérimentations qui est de palier à une baisse de la démographie médicale, il est constaté, en effet, que grâce à cette délégation, du temps médical est dégagé. En opposition le temps paramédical est augmenté, mais la prise en charge du patient et les résultats obtenus sont de meilleure qualité (suivi des patients avec une pathologie chronique).

Comment pourra-t-on, dans une généralisation de cette délégation (même si on la cantonne à certains contextes d'exercice), pérenniser cette prise en charge de qualité dans un constat de pénurie infirmière par exemple, un contexte national d'économie dans la santé se traduisant par une baisse des effectifs paramédicaux (c'est la dépense la plus importante dans le budget des établissements de santé) ?

De plus, les non financements de postes paramédicaux par les ARH et la mise en place de la rentabilité des actes (T2A) n'arrangent en rien l'avenir d'une prise en charge globale de qualité des usagers de nos établissements de soin public !!!

Toutefois, de nouvelles expérimentations ont vu le jour suite à l'arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé. Nous devrions lire plutôt entre médecin et infirmier puisque cette « coopération » touche 9 expérimentations sur les 10 en cours !!!

Faut-il s'attendre à ce que les paramédicaux aient enfin la reconnaissance qu'ils méritent et qui est actée dans ce rapport ? Une reconnaissance de leurs compétences avec l'intégration de leur formation dans le système universitaire LMD, pouvoir continuer à se former pour accéder à ces « nouveaux métiers » de paramédicaux experts et pouvoir donner à leur carrière une autre dimension avec d'autres perspectives d'évolution.

La revalorisation salariale doit être aussi la reconnaissance de ses compétences et serait un moyen d'attractivité dans nos professions paramédicales très attendu.

Si le lancement d'expérimentations en France dans un cadre législatif et réglementaire précis constitue une démarche ambitieuse et inédite, que les résultats des 5 expérimentations faites ouvrent des perspectives intéressantes, les femmes et les hommes politiques de ce pays ont le devoir de ne pas oublier que les professionnels soignants ne doivent pas être corvéables, mais dignes d'une réelle reconnaissance de leurs compétences, de la disponibilité qu'ils manifestent et de leur implication pour dispenser des soins de qualités à dimension humaine. Cette reconnaissance doit passer par l'universitarisation des études infirmières en l'occurrence (intégration du système LMD) et, en attendant, une refonte des grilles salariales actuelles dans la perspective de rémunération en adéquation avec nos responsabilités.

Pour la CNI
Josépha GUARINOS

*

Article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé
Communiqué du 16 décembre 2003
Arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé.