

“Glissement des tâches au sein des professions de santé”

Soirée Débat URML – RA
27 juin 2007

Dr Yann Bourgueil
Directeur de Recherches

Plan de la présentation

- L'organisation des soins : position de la question
- Quelques repères sémantiques et historiques
- L'organisation juridique des professions de santé en France
- Principaux résultats d'une étude internationale
 - Description des modes de collaboration et délégations de tâches et de compétences
 - Les modalités de la collaboration et de la délégation
 - Les déterminants de l'évolution
- Conclusions et perspectives

L'organisation des soins : position de la question

- Développement continu des savoirs et techniques en soins et santé
 - Spécialisation (des médecins et des métiers)
 - Division du travail (importance de la coordination)
- Evolution de la demande
 - Transition épidémiologique (maladies chroniques, médico-social)
 - Information, autonomie, continuité
- Ressources limitées
 - Financières et humaines
 - Choix nécessaires et recherche d'efficience

L'importance des maladies chroniques et du rôle du secteur de soins primaires

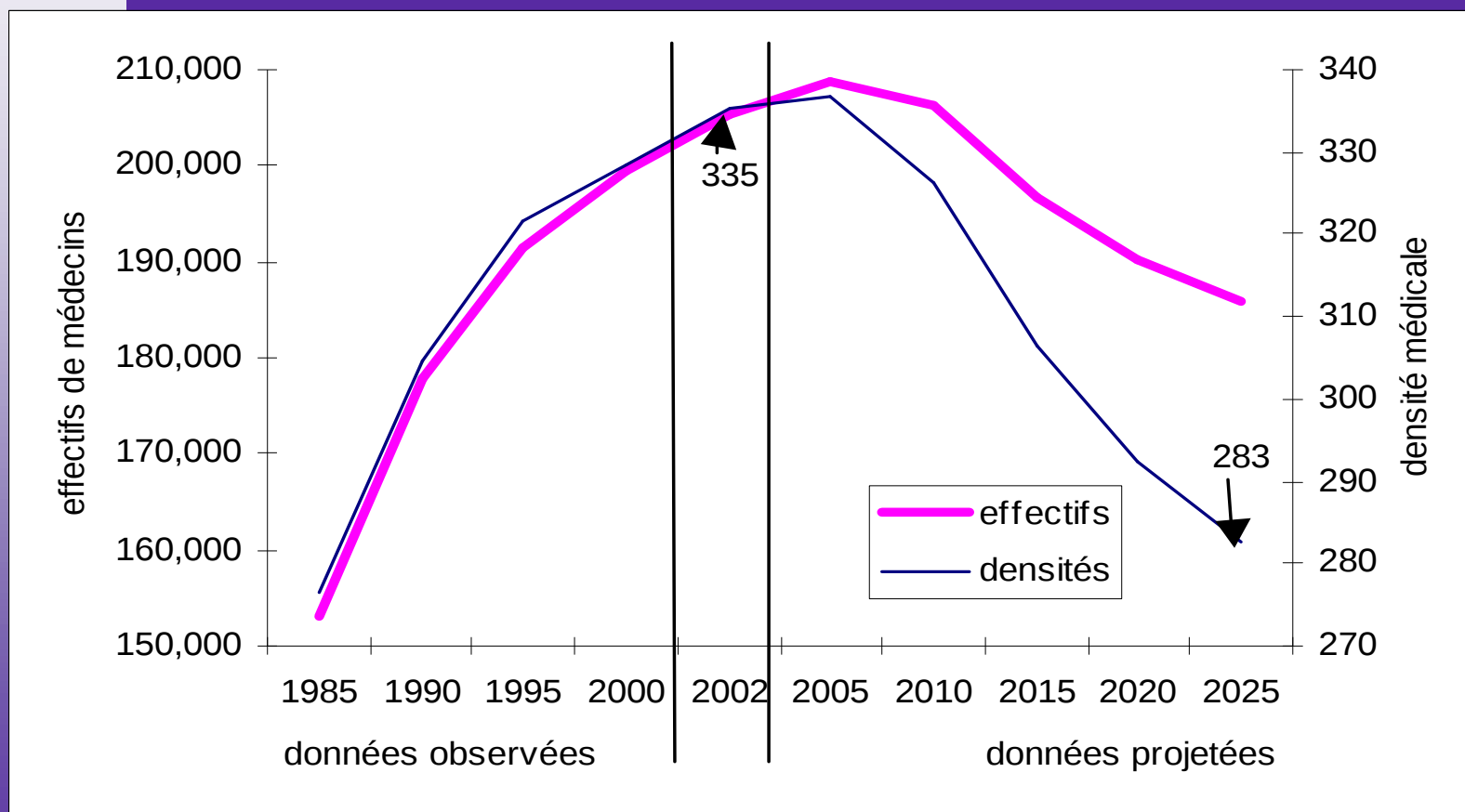
- Les 30 affections longue durée (ALD) concernent 13% des assurés et représentent 60% du total des dépenses remboursées par l'AM
- Augmentation des personnes en ALD de 73,5% entre 1999 et 2004 et hypothèse de 10 Millions de personnes en ALD en 2010 (source HCAAM juillet 2006)
- Enjeu financier pour l'AM (prévalence et coût) : maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes, affections psychiatriques et le diabète : passer d'une situation administrative à un suivi organisé
- Des référentiels élaborés par la Haute Autorité de Santé (liste d'actes remboursés, guide médecin, guide patient)
- l'éducation thérapeutique un financement contractuel global (source reco HAS mai 2006)
- Un élargissement aux autres maladies chroniques

Répartition des maladies chroniques et du rôle du secteur de soins primaires (2)

Répartition des montants remboursés pour les 30 ALD – source – points de repères octobre 2006.

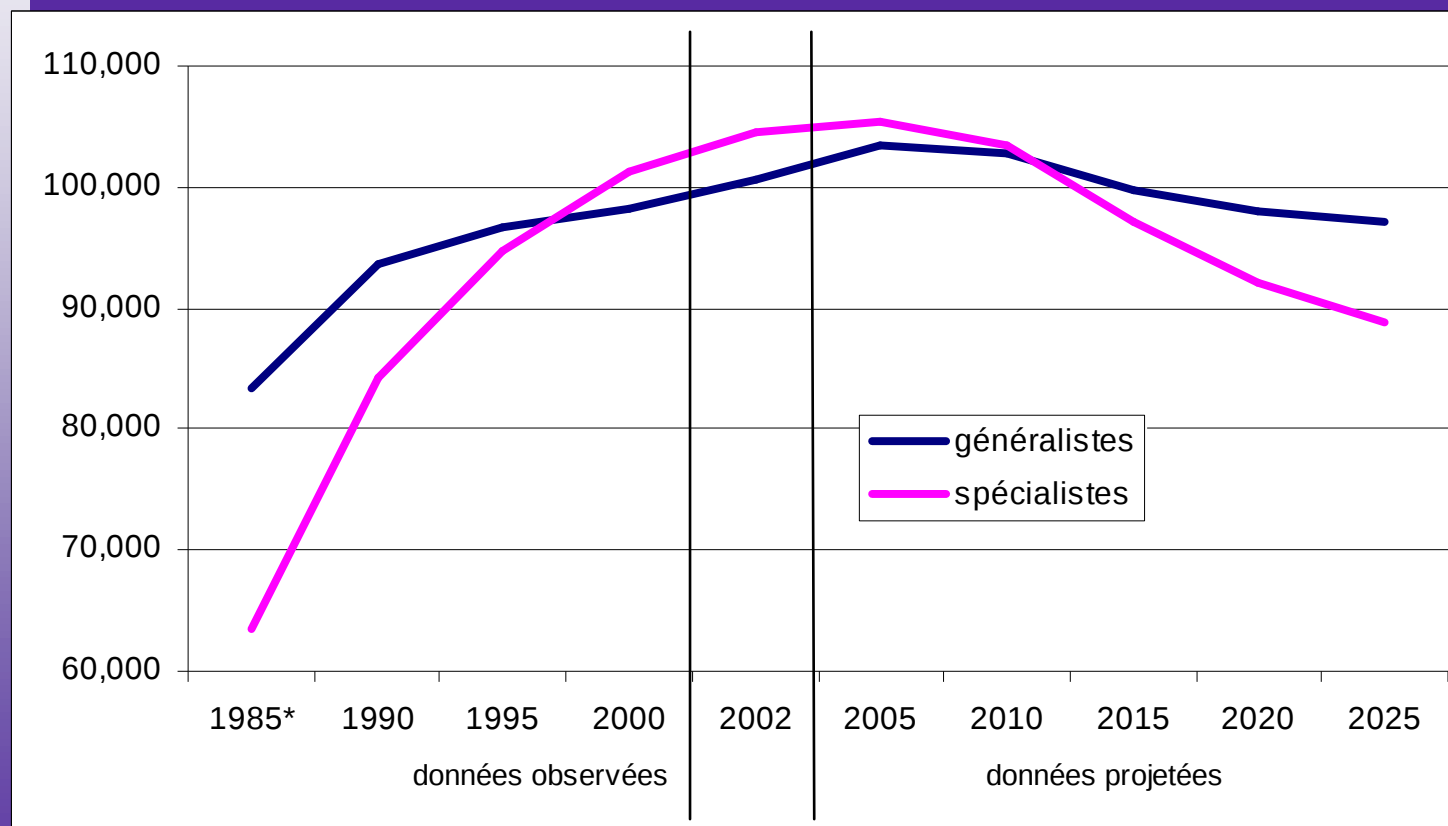
Hospitalisation publique et privée	57,8 %
médicament	20 %
Honoraires des médecins (hors hospitalisation)	5,7 %
Soins infirmiers	4,4%
Dispositifs médicaux	3,8 %
Transports	3,1 %
Soins de kiné	1,9 %
Biologie	1,7 %

Les effectifs vont diminuer de 9 % entre 2002 et 2025 (et la densité de 16 %)



Champ : France entière - Source DREES : ADELI et projections (nc=7000)

Les effectifs de généralistes diminueraient moins vite que ceux de spécialistes (-3% contre -15%)



Champ : France entière - Source DREES : ADELI et projections (nc=7000)

Une baisse très forte pour l'ophtalmologie, la psychiatrie et l'ORL

	spécialité	effectifs 2025	évolution 2025 / 2002
pédiatrie		7182	8%
anesthésie-réanimation		9069	-12%
spécialités médicales (autres) et gyn. méd.		34344	-14%
	RRF	1351	-29%
	radiologie	6042	-26%
	médecine interne	1822	-26%
	autres spécialités médicales (y c. gyn. méd.)	3200	-25%
	dermatologie vénéréologie	3131	-22%
	rhumatologie	2105	-20%
	pathologie cardiovasculaire	5319	-10%
	Anatomie et cytologie pathologique	1549	-5%
	pneumologie	2602	-2%
	gastro-entérologie hépatologie	3476	5%
	neurologie	2007	16%
	endocrinologie et métabolismes	1740	25%
	total spécialités médicales	50595	-11%

	spécialité	effectifs 2025	évolution 2025 / 2002
gynécologie obstétrique		5472	2%
spécialités chirurgicales (autres)		15677	-18%
	ophtalmologie	3121	-43%
	ORL	2074	-31%
	Chirurgie*	10482	-2%
	total spécialités chirurgicales	21149	-14%

	spécialité	effectifs 2025	évolution 2025 / 2002
psychiatrie		8816	-36%
santé publique et médecine du travail		5208	-15%
biologie médicale		3079	-1%
	autres disciplines (hors médecine générale)	17104	-26%
	total disciplines hors médecine générale	88847	-15%

Champ : France entière - Source ONDPS : ADELI et projections (nc=7000)

Quelques repères sémantiques

- Délégation : action de charger quelqu'un d'une mission avec tout pouvoir pour la remplir : action de transmettre, confier quelque chose. La délégation comprend généralement l'idée de contrôle. Le responsable reste celui qui délègue.
- Compétence : maîtrise d'un savoir faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée et requérant des connaissances et savoir faire.
- Transfert de compétence : activité confiée en totalité à une catégorie de professionnels qui doivent acquérir les compétences visant à leur réalisation. Le domaine de compétence transféré est de la responsabilité du professionnel
- Glissement de tâches : mouvement continu, absence de contrôle, pente fatale ?

L'organisation juridique des professions

- Les professions médicales :
 - Les médecins : une **habilitation générale et monopolistique** à intervenir sur les corps d'autrui
 - Les autres professions médicales : une **habilitation spécialisée** aux domaines dans lesquels ils peuvent intervenir
 - les chirurgiens-dentistes : les soins de la bouche, des dents et des maxillaires
 - Une profession médicale particulière : les sages-femmes : la grossesse, l'accouchement, les soins post-nataux de la mère et l'enfant
- Les professions de la pharmacie : monopole de la préparation et de la délivrance des médicaments et dispositifs médicaux
- Les auxiliaires médicaux : une **habilitation sous contrôle médical**

L'organisation juridique des professions paramédicales

Dans le Code de la Santé Publique

- ✓ 11 auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audio prothésistes, opticiens- lunetiers
- ✓ 2 domaines spécifiques : préparateurs en pharmacie, techniciens de laboratoire
- ✓ 3 non citées car spécialités : puéricultrices, IBODE, IADE

Les points communs

En dérogation à l'exercice illégal de la médecine

- ✓ Sur prescription médicale
- ✓ Trois ans d'études
- ✓ Disciplines médicales et humaines, champ technique
- ✓ Métiers conçus comme de l'assistance médicale
- ✓ Décrites principalement par les actes (décrets d'activité)
- ✓ Régulés par quotas (concours d'admission) – ex quota infirmier de 30 000/an - doublement depuis 1990.

Les points de distinction

- ✓ Champs d'activités créés par différenciation de population, de technique ou de partie du corps
- ✓ Référence aux soins ou aux activités : contact ou non avec les personnes soignées
- ✓ Exercices diversifiés selon les lieux et les modes de prise en charge
- ✓ Formation et diplômes délivrés Ministère Santé et/ou Ministère Éducation Nationale – pas de formation ni équivalence universitaire.

Une démographie des paramédicaux contrastée

- Difficultés dans certaines professions (MER)
- ✓ Départs à la retraite attendus
- ✓ Vieillissement de la population soignante
- ✓ Difficultés régionales de recrutement (IDF)
- ✓ Difficulté dans la répartition

Résultats d'une étude internationale sur rôles infirmiers et coopération avec les médecins en soins primaires

- Etat des lieux des modalités de collaboration et de délégation, évolution, déterminants
- Limitation au champ des soins primaires
- Canada (Ontario, Québec) et Europe
- littérature, textes réglementaires, interviews et visites d'acteurs clés (professionnels, institutionnels, chercheurs)

Etat des lieux des modalités de coopération et de délégation

- Deux modèles selon le cadre d'exercice dominant en soins primaires
 - Peu d'exercice en commun entre médecins généralistes et infirmières (Allemagne, Pays-Bas, Italie, Ontario, Québec)
 - Modèles de soins primaires dominés par une médecine libérale, indépendante (payée à l'acte ou à la capitation) où les médecins généralistes exercent en cabinets individuels ou en groupe monodisciplinaires
 - Existence de structures d'exercice en commun de médecins généralistes et d'infirmières (Royaume-Uni, Suède, Finlande).
 - Modèles de soins primaires dominés par une pratique médicale de groupe, en coopération avec des infirmières et souvent d'autres professionnels de santé

Etat des lieux des modalités de coopération et de délégation

- **Peu de structures d'exercice en commun entre médecins généralistes et infirmières**

- **Allemagne**

- Soins ambulatoires associant généralistes et spécialistes, exerçant en cabinets individuels et rémunérés à l'acte avec comme auxiliaires privilégiées les assistantes médicales
- Ce qui laisse peu de place aux infirmières en soins primaires (sauf soins au domicile et centres d'activité médicale)

- **Pays-Bas :**

- Généralistes *gatekeeper* (spécialistes à l'hôpital), organisés en cabinets individuels ou en groupes et rémunérés de façon mixte, avec comme auxiliaires privilégiées les assistantes médicales voire, dans le futur, des professionnels collaborateurs
- Peu de place aux infirmières en soins primaires (sauf centre de santé ou expérimentation)

Etat des lieux des modalités de coopération et de délégation

– Italie

- Généralistes *gatekeeper* (spécialistes à l'hôpital), organisés en cabinets individuels voire en groupes et rémunérés de façon mixte
- En situation de pléthore et en position de monopole
- Ce qui laisse peu de place aux infirmières en soins primaires (sauf expérimentations groupes dans certaines régions)

– Ontario/Québec :

- Soins ambulatoires associant généralistes et spécialistes, exerçant en cabinets individuels ou en groupe et rémunérés à l'acte
- Une collaboration directe avec les infirmières, limitée et le plus souvent sous la forme d'auxiliaire, mais une présence importante des infirmières en CLSC
- Une collaboration nouvelle dans le cadre des GMF (Groupe de médecin de famille) au Québec et FHN (*Family Health Network*), en Ontario.

Etat des lieux des modalités de coopération et de délégation

■ Structures d'exercice en commun majoritaires

— Royaume-Uni :

- Généralistes *gatekeeper* exerçant en cabinets de groupe, inscrit dans un réseau plus large (*Primary Care Trust*). Une place ancienne des infirmières dans les Soins Primaires
- Une logique de cloisonnement médecin/infirmière se doublant récemment d'une collaboration plus étroite favorisant une extension des services assumés par les infirmières
- Un droit de prescription infirmière limité en extension

— Suède et Finlande

- Généralistes exerçant en centres de santé pluridisciplinaires
- Les infirmières y occupent une place primordiale, surtout dans un contexte de pénurie médicale, tant dans un rôle d'auxiliaire que dans un rôle de consultante
- Un droit de prescription limité en Suède

Evolution des rôles infirmiers en soins primaires

■ Nouveaux rôles des infirmières

- Consultations programmées
 - Promotion de la santé (vaccination..), dépistage et suivi des malades atteints de pathologies chroniques au domicile ou en structures de soins (cabinet ou centres de santé au Canada, aux Pays-Bas) et coordination des soins
- Consultations de première ligne
 - En équipe (*NHS Direct* au RU, centres de santé Suèdes, cabinets de groupe) ou autonome (en articulation avec les médecins (sans rendez vous, centres de santé aux Pays-Bas, FHN et GMF au Canada, Suède, Finlande)

■ Modes d'exercice variables selon les qualifications

- En équipe avec deux scénarios distincts
 - L'infirmière est salariée du médecin (qualification moindre, délégation)
 - L'infirmière est salariée par une institution ou partenaire (qualification plus grande)
- De façon autonome ou en leadership
 - Walk in centres, Zones éloignées ou délaissées au RU ou au Canada

■ La prescription

- indépendante limitée (RU, Suède, Québec). Cf SF en France
 - Situations précises, liste de médicaments, qualification nécessaire
- Prescription encadrée pour un patient ou un groupe de patients (RU et Québec)
 - Accord local, modification des posologies, acteurs ciblés, pas de qualification

Evolution des titres associés aux nouveaux rôles infirmiers

- La pratique avancée des infirmières
 - L'infirmière clinicienne
 - niveau master, s'adresse aux infirmières : conduite de projet, analyse de situations complexes, surtout à l'hôpital
 - L'infirmière praticienne
 - niveau master, s'adresse aux patients, réalise certains diagnostics, actes, prescriptions (exerce en soins primaires en Ontario et au RU, à l'hôpital au Québec)
- Titres et qualifications spécifiques pour prescription
 - *District nurse* ou *health visitors* (Suède et RU)
 - Infirmière praticienne (en soins primaires en Ontario, à l'hôpital au Québec)

Les déterminants de l'évolution (1)

■ L'influence de l'organisation générale du système de santé et structuration des soins primaires

- La démographie médicale constitue un facteur déclencheur du développement des rôles infirmiers en soins primaires
- Le financement et le contexte d'exercice : un facteur clef de développement
- La demande de soins au domicile : un espace de développement pour les rôles infirmiers dans de nombreux pays

L'influence de l'organisation générale du système de santé et structuration des soins primaires

1 -La démographie médicale un facteur déclencheur du développement des rôles infirmiers en soins primaires

L'Italie avec une densité médicale élevée présente une densité infirmière faible. Les pays à densité médicale faible (Ontario, Québec, RU) ont généralement développé des rôles nouveaux en soins infirmiers.

Mais ce n'est pas nécessairement vers la profession infirmière que s'effectue la délégation de tâches

Cas des assistantes médicales en Allemagne, projet de développement du métier d'assistant de médecin aux Pays-Bas

Nécessité d'une analyse comparée à l'étranger de toutes les professions qui peuvent intervenir dans le champ des soins primaires en France (professions réglementées par le code de la santé publique et les autres : sages-femmes, kinés, podologues, aides-soignants...)

L'influence de l'organisation générale du système de santé et structuration des soins primaires

2 - Le financement et le contexte d'exercice : un facteur clef de développement

La formation ne suffit pas

Exemple de l'Ontario dans les années 60 (Les nouveaux rôles infirmiers se développent s'ils sont financés de façon spécifique vers des organisations de soins primaires - les CHC ou CLSC en Ontario et au Québec, les centres de santé en Suède et Finlande ou les autorités de santé au RU)

Les nouveaux rôles infirmiers se développent dans le cadre de politiques incitatives importantes à titre expérimental ou global pour le développement de formes d'organisation de types centres de santé ou pratiques de groupe

L'influence de l'organisation générale du système de santé et structuration des soins primaires

3 -La demande de soins au domicile : un espace de développement pour les rôles infirmiers dans de nombreux pays

Le Royaume-Uni, la Suède, la Finlande ont depuis de nombreuses années développé les rôles infirmiers au domicile pour les enfants et les personnes dépendantes (*district nurse et health visitors*).

C'est par le développement de l'assurance dépendance que la profession infirmière se développe en soins primaires en Allemagne

Les déterminants de l'évolution (2)

■ Rôle des modes d'organisation de la Profession Infirmière : obstacles et leviers

- la réglementation (comment est délimité le champ d'intervention ?)
- la formation et la recherche (existe-t-il une recherche en soins infirmiers et une formation universitaire des infirmières et à quel niveau ?)
- représentation professionnelle et déontologie (la profession est-elle représentée par un organisme unique ? Dispose-t-elle d'un code de déontologie spécifique ? D'instance de contrôle spécifiques ?) C'est la reconnaissance par des instances extérieures qui permet la constitution de la profession

Rôle des modes d'organisation de la Profession Infirmière : obstacles et leviers

1 – Dans tous les pays, on constate une définition par des champs de responsabilité ou des catégories d'actes (flexibles)

- Pas de décrets d'actes au Pays Bas et en Allemagne – déploré par les représentants de la profession
- Abandon de la définition par les actes en Suède et en Italie
- Adoption de cadres plus flexibles en Ontario et au Québec (exemple de l'Ontario)
- Pas de décrets d'actes au RU

2 - La réglementation par les actes : une étape d'un processus vers une plus grande autonomie de la profession ?

Summary Chart of Controlled Acts as Identified in the Individual Professional Acts

Controlled Act Health Professions Act	1. Diagnosis	2. Procedure on tissue	3. Set a fracture	4. Moving joints	5. Injection/Inhalation	6. Insert instrument	7. Form of energy	8. Pharmacy	9. Vision Care	10. Hearing Care	11. Dental Care	12. Manage Labour	13. Allergy testing
Audiology & Speech Pathology										all			
Chiropody		●			●			●					
(Podiatry)	●	●			●			●					
Chiropractic	●			all		●							
Dental Hygiene		●									●		
Dental Technology													
Dentistry	●	●	●		all		all	●			all		
Denturism											●		
Dietetics													
Massage Therapy													
Medical Laboratory Technology		●											
Medical Radiation Technology		●			all	●							
Medicine	all	●	all	all	all	all	all	●	all	all		all	all
Midwifery		●			●	●		●				●	
Nursing	NP	●			all	all	NP	NP					
Occupational Therapy													
Opticianry									●				
Optometry	●						●		all				
Pharmacy								●					
Physiotherapy				all		●							
Psychology	●												
Respiratory Therapy		●			all	●							

Notes:

all – indicates that the controlled act is authorized in entirety (may have conditions attached)

● – indicates that the controlled act is authorized in part or in modified form

NB: Phys Practising

Rôle des modes d'organisation de la Profession Infirmière : obstacles et leviers

2- Formation et recherche : la clef nécessaire mais pas suffisante de tout développement des rôles infirmiers ?

Existence d'une formation universitaire et de pôles de recherche dans tous les pays qui ont développé les nouveaux rôles infirmiers

- ancienne au RU, Suède, Finlande, Ontario et Québec
- récente ou émergente en Italie aux Pays-Bas, et en Allemagne

Rôle des modes d'organisation de la Profession Infirmière : obstacles et leviers

3- Représentation de la profession

Organisme de représentation de la profession

- unique et puissant au Royaume Uni, au Québec, en Ontario
- multiples en Allemagne

Organisme de régulation spécifique, ou Nurse chief officer au sein du gouvernement

- commun aux professions en Suède et en Finlande
- Chief Nurse Officer (RU, Finlande)

Conclusions (1)

- La délégation d'actes médicaux aux professions de santé un processus ancien et continu rencontré dans tous les pays
- Un processus plus développé quand le nombre de médecins est limité
- Un processus qui s'appuie sur la complémentarité, l'extension des services rendus, le développement de nouveaux métiers (logiques professionnelles)
- Un processus favorisé par les cadres d'exercice en commun (groupes, centres, réseaux...)

Conclusions (2)

- L'importance de la délégation est liée au niveau de compétence des personnes qui reçoivent la délégation (niveau de formation)
- C'est la formation plus que la réglementation qui régit le niveau de délégation
- La délégation s'accompagne de transferts d'actes pour un nombre limité de professionnels et principalement dans le domaine de la prescription
- La délégation permet de développer de nouveaux rôles infirmiers et de nouveaux métiers accessibles aux infirmières

Perspectives : quelques éléments sur la situation française

1 - Soins ambulatoires associant généralistes et spécialistes, exerçant en cabinets individuels et rémunérés à l'acte sans auxiliaires

2 - Des contextes d'exercice infirmiers en soins primaires multiples

l'exercice libéral dominant

les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

la Protection Maternelle et Infantile

le secteur de psychiatrie (CMP)

la médecine scolaire

la médecine du travail

.....

3 – Des démarches d'intégration partielles de l'offre en soins primaire

les centres de santé (municipaux, mutualistes...)

les Comités Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)

Les réseaux de soins

les maisons médicales

....

Perspectives pour le développement de la coopération médecins infirmiers en France

- La démographie médicale comme facteur déclencheur mais autres moteurs ?
- Quel cadre d'exercice en commun ?
- Financement spécifique ? Comment ?
- Quel cadre réglementaire ?
- Formation et recherche ?
- Quelles modalités de représentation ?

Les enjeux des nouvelles formes de coopération

À l'échelon du système de santé

- ✓ Sécurité identique à coût égal ou moindre
- ✓ Augmentation de l'accessibilité et de la qualité des prestations
- ✓ Flexibilité des organisations et travail d'équipe
- ✓ Développement de l'attractivité des professions

A l'échelon des acteurs

- ✓ Autonomisation des professions et modification de l'image sociale (reconnaissance économique, universitaire, responsabilité sociale...)