

# Vingtième Jeudi de l'Ordre Médecins et autres métiers de santé : quelle collaboration, quelle cohabitation ?

## INTRODUCTION

*La crise démographique que traversent certaines spécialités médicales pourrait-elle être la cause d'une re-définition d'autres spécialités, ou encore de l'extension du domaine de compétences de certains métiers, auxiliaires du médecin ?*

*Il est à craindre que le mouvement à la baisse de certaines professions de santé va s'accroître, déséquilibrant pour quelques années notre système de soins. Il s'agit de trouver des solutions pragmatiques et réalistes qui ne compromettent pas la qualité des soins pour les usagers.*

*Aujourd'hui, quelques exemples étrangers pourraient nous conduire à imaginer davantage de passerelles pour faire face à ce manque de professionnels. Quoiqu'il en soit, le transfert de tâches et de compétences ne s'improvise pas et doit faire l'objet de concertations, formations et pédagogie auprès des patients.*

### Les témoins :

*Yvon BERLAND, Doyen de la faculté de médecine de Marseille, auteur d'un rapport sur la coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences*

*Jean BROUCHET : Conseiller national de l'Ordre des Médecins, Président de la Section exercice professionnel*

### Les experts :

*Marie-Hélène ABADIE, Présidente du Syndicat national autonome des Orthoptistes*

*Henry HAMARD, membre de l'Académie de médecine, rapporteur d'un travail sur la situation des ophtalmologistes*

*Jean-Luc PREEL, Député de Vendée*

*Sydney SEBBAN, membre du Comité scientifique du réseau bronchiolite et asthme du nourrisson*

*Le débat est animé par Philippe LEFAIT, Journaliste à France 2*

## **Allocution d'ouverture**

**Docteur Michel DUCLOUX**  
**Président de l'Ordre national des médecins**

Le sujet retenu pour ce vingtième Jeudi de l'Ordre est d'une actualité brûlante. Il trouve son origine dans la crise démographique, la désaffection des médecins pour certaines spécialités, les problèmes économiques liés à la surconsommation médicale engendrant une activité accrue des médecins généralistes souvent aux dépens de l'acte intellectuel. Tous ces facteurs ont amené à se poser la question d'un partage des tâches, sinon des compétences, entre médecins et autres professions de santé.

Cette question a fait l'objet de rapports importants, demandés par le Ministre de la Santé Jean-François Mattéi et rédigés par le Professeur Berland, Doyen de la Faculté de Marseille, ainsi que par le Professeur Hamard concernant plus particulièrement la profession d'ophtalmologiste.

Si à l'étranger les exemples de transferts sont nombreux et parfois anciens, les cas sont plus rares en France. Les manipulateurs de radio peuvent réaliser des échographies aux Etats-Unis, aux Pays-Bas ou en Norvège. En Angleterre, le nombre de radiologistes est très inférieur à ce qu'il est en France. Les Anglais sont en effet ceux qui ont le plus délégué aux auxiliaires médicaux (orthoptistes, optométristes, soins palliatifs...). En Grande-Bretagne comme au Canada, les infirmières suivent des formations spécialisées dans le cadre de la néphrologie et de la dialyse rénale. Aux USA, des endoscopies digestives sont pratiquées par des infirmières spécialisées.

L'exemple le plus ancien en France concerne les manipulateurs radios, même si les actes techniques demeurent réalisés sous le contrôle et la responsabilité des radiologistes. En ophtalmologie, les transferts vers les orthoptistes apparaissent nécessaires aux spécialistes concernant les mesures de réfraction, vision binoculaire, relevée d'un champ visuel. Monsieur Hamard, dont je ne voudrais pas dévoiler les propos, évoquera la crise de l'ophtalmologie alors que le vieillissement de la population a augmenté les troubles de la vision.

En diabétologie, des infirmières spécialisées commencent à prendre en charge le suivi, l'éducation et les conseils. En néphrologie, elles pourraient également surveiller les dialyses et, en cancérologie, exercer des séances de chimiothérapie sous surveillance médicale.

Ces transferts envisagés posent un certain nombre de questions, concernant tout d'abord la responsabilité relative à l'acte délégué dans le cadre d'une judiciarisation croissante. Par ailleurs, en voulant remédier à la pénurie démographique, ne risque-t-on pas de diminuer la qualité et la sécurité des soins et progressivement désacraliser l'acte médical ? Il sera sans aucun doute nécessaire de renforcer parallèlement l'évaluation des compétences des médecins et des paramédicaux pour obtenir une qualité de collaboration satisfaisante. Enfin, sommes-nous prêts en France à étendre les transferts de compétence ?

## **Médecins et autres métiers de santé : quelle collaboration, quelle cohabitation ?**

**Philippe LEFAIT**

Le béotien que je suis peut opposer plusieurs couples de mots :

- **nécessité et bénéfice**

Il est nécessaire de transférer des compétences en raison de la crise démographique, mais cette évolution peut contribuer à recentrer le médecin dans son cœur de métier, dans le cadre d'un colloque de moins en moins singulier.

- **expérience et tâtonnement**

A l'étranger, les transferts de compétences expérimentés depuis un certain temps donnent de bons résultats, même si des failles sont constatées car certains actes de spécialistes sont de moins en moins assurés, notamment en Angleterre. Les tâtonnements sont constatés en France, en raison des réserves évoquées par le Président, mais aussi parce que le rapport Berland ne constitue qu'un rapport d'étape. Le rapport définitif ne sera remis qu'en 2004 alors que différentes expériences auront été initiées et auront donné des premiers résultats.

- **doute et pouvoir**

Il existe un doute au sein du corps médical concernant les transferts de compétences. Les médecins évoquent notamment la crainte de perdre une partie de leur pouvoir, en raison de la responsabilité qui y est liée, mais aussi d'une partie de leur rémunération.

Ce Jeudi de l'Ordre permettra à chacun de s'exprimer, car le nombre d'intervenants est moins important qu'à l'accoutumée. Les différents intervenants sont :

- Jean-Luc Preel, Député et auteur d'une proposition de loi relative à la création d'un Ordre des Infirmiers kinésithérapeutes ;
- Yvon Berland, Doyen de la faculté de Marseille, auteur d'un premier rapport consacré à la démographie médicale et d'un second consacré au transfert de tâches et de compétences ;
- Marie-Hélène Abadie, présidente du Syndicat national autonome des Orthoptistes, qui évoquera l'urgence à envisager des transferts de compétences concernant les métiers de la médecine de l'œil en raison du départ à la retraite d'un ophtalmologiste sur deux à moyen terme, alors que la population vieillit et a de plus en plus besoins de lunettes ;
- Henry Hamard, membre de l'Académie de médecine, rapporteur d'un travail sur la situation des ophtalmologistes ;
- Sydney Sebban, membre du Comité scientifique du réseau bronchiolite et asthme du nourrisson, un sujet dont l'actualité vous permettra d'indiquer s'il est nécessaire de prévoir des transferts rapidement ;
- Jean Brouchet, Conseiller national de l'Ordre et Président de la Section exercice professionnel.

Avant de lui laisser la parole, je souhaitais citer Yvon Berland dans son rapport d'étape : « 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, enfin d'apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux ».

## **I. Le transfert des tâches et des compétences**

### **Yvon BERLAND**

Monsieur le Président, merci de m'avoir invité à ce Jeudi de l'Ordre afin d'évoquer un sujet auquel j'ai consacré un rapport à la demande du Ministre de la Santé. Ce dernier m'avait confié un premier travail consacré à la démographie des professions de santé il y a peu.

#### **1. Une diminution de l'offre de soins**

Afin de faire face à la baisse annoncée de la démographie médicale, le groupe que j'animais a fait un certain nombre de propositions dont :

- une augmentation du *numerus clausus* plus importante de celle que nous constatons.
- une régionalisation du concours national de l'internat ;
- une aide à l'installation dans les zones démedicalisées au moyen de diverses mesures reprises dans le rapport Discours ;
- une réflexion concernant une collaboration plus affirmée entre professions médicales et paramédicales.

La densité médicale n'a jamais été aussi importante qu'aujourd'hui (335 médecins pour 100 000 habitants), mais on ne cesse d'évoquer le manque de médecins et d'acteurs paramédicaux dans certaines zones en souffrance et ce chiffre ne va cesser de diminuer (305 médecins pour 100 000 habitants en 2010/2012, environ 270 en 2020).

Par ailleurs, le temps médical consacré à chaque patient augmente en raison :

- d'un nombre de plus en plus important de pathologies lourdes ;
- du vieillissement de la population ;
- du consumérisme médical ;
- de l'augmentation de résultat qui remplace l'obligation de moyens ;
- de la charge administrative et sécuritaire ;
- d'une prise en charge sociale des patients.

De plus, les médecins vieillissent et les médecins âgés voient leur temps médical diminuer. La population médicale se féminise également (65 % de femmes en seconde année de faculté de médecine) et si le temps de travail des femmes médecins se rapproche de celui de leurs collègues hommes, il demeure néanmoins inférieur sur l'ensemble d'une carrière. Enfin, les jeunes confrères veulent consacrer moins de temps que leurs aînés à leur travail.

#### **2. Les pistes de réflexion**

Si on laisse les choses aller, la situation évoluera sans doute de manière non satisfaisante. C'est pourquoi il est nécessaire d'examiner les expériences menées à l'étranger.

Par ailleurs, les médecins ont vu les connaissances et les actes techniques se multiplier, sans jamais déléguer une partie de leur activité. De plus, notre système de soins forme des médecins à Bac + 9 ou Bac + 11, des professionnels à Bac + 3 ou Bac + 4, mais aucun professionnel selon un cursus intermédiaire.

On constate également que le temps de formation des professions paramédicales s'est allongé ou densifié. Parallèlement, une fois que les infirmières du secteur hospitalier ont acquis une expérience, elles sont orientées vers les tâches administratives sans pouvoir faire profiter du savoir qu'elles ont accumulé.

### **3. Les expérimentations**

A la place de la dichotomie constatée, ne pourrait-on pas mettre en œuvre un partage entre les professions médicales et paramédicales ? Il est en effet proposé d'engager des transferts de compétences, à l'image de ceux qui ont été développés à l'étranger (Angleterre, Amérique du Nord, Europe...) de manière relativement satisfaisante. Bien évidemment, il serait périlleux de ne pas prendre en compte les différences entre les systèmes de soins et les mentalités. C'est pourquoi le rapport d'étape que j'ai remis au Ministre de la Santé préconise de mener une quinzaine d'expérimentations dans différents domaines, en plein accord avec les acteurs médicaux et paramédicaux concernés. Ainsi, le G4, regroupement des radiologues des secteurs privés et publics, universitaires et non universitaires, est favorable à ces expérimentations. Les cardiologues, qui ont mené une réflexion bien avant mon rapport, les néphrologues, et d'autres spécialités partagent cet état d'esprit.

Les transferts peuvent être menés en destination de professions paramédicales existantes (manipulateurs radio, orthoptistes...), mais nécessiteraient parfois la création de nouvelles professions. En effet, ces transferts seront légitimes uniquement si les acteurs paramédicaux concernés auront pu bénéficier d'une formation adaptée. Certes, les expérimentations qui vont être menées ne répondent pas parfaitement à cette exigence car les formations n'existent pas encore. Cependant, il était nécessaire de débiter le processus et les acteurs paramédicaux concernés bénéficieront d'une formation qualifiante.

La réflexion est à ses débuts et les expérimentations n'ont pas encore été engagées. Bien évidemment, tous les éléments permettant d'enrichir le processus sont les bienvenus.

#### **Philippe LEFAIT**

Votre rapport mentionne un transfert de compétence particulièrement avancé aux Etats-Unis, où les *physician assistants* peuvent réaliser des actes chirurgicaux (opérer des varices...).

#### **Yvon BERLAND**

Les pays nord-américains proposent plusieurs exemples de transferts de compétences avancés. Certains actes chirurgicaux, dont les laparotomies, sont effectivement réalisés par des personnels paramédicaux formés à cet effet. Cependant, il ne faut pas se voiler la face, ce type de pratiques existe également en France sans être nommé officiellement.

### **Philippe LEFAIT**

Les *physician assistants* bénéficient de deux années de formation et se situent bien au sein d'un créneau intermédiaire susceptible de bénéficier d'un transfert de compétences. Par ailleurs, vous préconisez la création d'un corps d'infirmières cliniciennes spécialisées. Ces dernières doivent à vos yeux jouer un rôle fondamental.

### **Yvon BERLAND**

Les transferts de compétences ne sont pas destinés uniquement aux infirmières, mais ces dernières pourraient effectivement bénéficier de transferts de compétences. Cependant, il convient de préciser que ces transferts ne concerneraient qu'une partie des infirmières ayant suivi des formations de niveau master.

## **II. Les transferts de compétence en ophtalmologie**

### **Philippe LEFAIT**

Yvon Berland a clairement indiqué que certains transferts de compétences existent déjà, même s'ils ne sont pas nommés ou organisés. Il est important que les personnes exprimant des doutes concernant la démarche proposée notent ce point.

Henry Hamard a travaillé sur les rapports entre les ophtalmologistes et les métiers gravitant autour de cette spécialité. Il y a urgence, car votre profession risque à terme d'être sinistrée : un ophtalmologiste sur deux partira en retraite dans les quinze ans qui viennent.

### **Henry HAMARD**

Ma profession risque peut-être d'être sinistrée, mais je suis optimiste. Je tiens tout d'abord à remercier le Président du Conseil de l'Ordre d'avoir bien voulu m'inviter à parler de ma profession.

L'ophtalmologie représente un exemple de ce qu'il est possible de faire. Nous avons établi depuis longtemps la liste des actes susceptibles d'être délégués tout en maintenant le principe de la responsabilité du médecin. Les orthoptistes souhaitent rester une profession prescrite et l'interprétation de leurs actes demeurera du domaine des ophtalmologistes.

Nous devons effectivement faire face à un double problème démographique. Il s'agit en premier lieu du vieillissement de la population, puisque 30 % de la population française aura plus de 65 ans en 2020. Or la dégénérescence maculaire atteint 10 % des personnes de 70 ans et 20 % des personnes de 80 ans. Par ailleurs, il existe un manque de médecins.

Cependant, je ne suis pas totalement pessimiste. En premier lieu, l'étude de l'INED réalisée en 2002, mentionnant une diminution de 44 % du nombre d'ophtalmologistes en 2020 (25 % pour les autres spécialités, 18 % pour l'ensemble du corps médical) et une augmentation de 15 % des troubles de la vue, n'est pas totalement exacte. En effet, la diminution du nombre d'ophtalmologistes atteindra 23 % en 2020 et sera particulièrement marquée après 2013. Or il faut 12 ans pour former un ophtalmologiste. Cependant, je pense que la décision concernant le nombre d'ophtalmologistes à former reviendra plus à Bercy qu'à Ségur. En second lieu, les ophtalmologistes disposent de collaborateurs naturels, travaillant sous la responsabilité des ophtalmologistes. Marie-Hélène Abadie vous dira que les listes d'actes transférés sont déjà établies et que les expériences sont déjà en cours.

Cependant, il sera nécessaire de prendre un nouveau décret accroissant encore la compétence des orthoptistes, afin que les ophtalmologistes puissent récupérer du temps médical.

### **Philippe LEFAIT**

Pouvez-vous dire un mot concernant les optométristes ?

### **Henry HAMARD**

Après avoir rédigé mon rapport pour le compte de l'Académie de médecine, j'ai été victime d'un certain nombre de remarques proches de l'injure de la part de cette profession.

En Angleterre, 900 ophtalmologistes ont été remplacés par 2 500 optométristes. Cependant, ces derniers sont extrêmement contrôlés et leur niveau d'activité est important (dépistage, surveillance post-opératoire) car les ophtalmologistes britanniques réalisent essentiellement des actes chirurgicaux. Par ailleurs, en Angleterre, un optométriste qui manque un diagnostic de dépistage de glaucome, n'envoie pas une rétinopathie diabétique chez l'ophtalmologiste ou manque une suite opératoire est jugé devant un tribunal, ce qui n'est le cas nulle part ailleurs. Enfin, les ophtalmologistes britanniques ne sont pas très contents du travail des optométristes. La situation est identique au Canada où cohabitent les opticiens d'ordonnance et les opticiens optométristes sensés réaliser des bilans visuels.

En France, les optométristes ne sont pas reconnus par le Code de santé publique et le précédent Premier Ministre a clairement indiqué qu'il n'était pas nécessaire d'ajouter une quatrième profession aux ophtalmologistes, orthoptistes et opticiens. Les principaux reproches concernent la formation des optométristes, mais aussi et surtout le fait d'être à la fois prescripteurs et vendeurs.

### **Philippe LEFAIT**

Marie-Hélène Abadie, je vous ai vu réagir lorsque j'ai évoqué la profession d'optométriste. Une collaboration efficace a été mise en place entre orthoptistes et ophtalmologistes. Quel bilan tirez-vous de ce transfert de compétences ?

### **Marie-Hélène ABADIE**

Je remercie le Président du Conseil de l'Ordre de m'avoir invité à parler des orthoptistes, des auxiliaires médicaux exerçant essentiellement dans le domaine de la vision. Cette profession existe depuis la seconde Guerre Mondiale. Elle est donc plus ancienne que ne le croient beaucoup de gens et s'adresse à l'ensemble de la population, des nourrissons aux centenaires. Sa fonction consiste à évaluer, dépister et traiter, au moyen d'une rééducation susceptible d'engendrer des guérisons, ou d'une réadaptation. Cette profession est réglementée par un décret de compétence et une nomenclature.

Cette activité satisfaisait pleinement les orthoptistes, qui n'étaient déjà pas assez nombreux pour assumer l'ensemble des demandes avant que ne soient proposés ces transferts de compétence. Il est trop tôt pour faire un bilan de cette expérience que nous avons acceptée « à reculons », car elle soulève un certain nombre de problèmes non résolus, notamment en ce qui concerne le domaine de la responsabilité. En effet, nous avons mis trente ans pour sortir de la tutelle des ophtalmologistes, lorsque nous n'étions que des aides orthoptistes, et nous ne souhaitons pas y revenir. Il est donc

nécessaire de définir le cadre de la collaboration envisagée, sans que nous devions payer un prix à cette évolution.

Des expérimentations sont en cours et semblent donner satisfaction. Cependant, nous ne disposons pas du recul nécessaire. Par ailleurs, comme vient de l'indiquer Henry Hamard, les médecins souhaitent conserver leur responsabilité et les orthoptistes ne souhaitent pas assumer cette dernière, surtout en l'absence de formation.

**Philippe LEFAIT**

Quelles formations seraient nécessaires pour accompagner le transfert de compétences demandé ?

**Marie-Hélène ABADIE**

Je ne sais pas comment répondre à votre question. La formation qui nous est actuellement délivrée est largement suffisante pour assurer la fonction qui nous est demandée. En revanche, nous constatons que l'enseignement dispensé est disparate sur le territoire national, ce qui nous empêche de développer un sentiment d'appartenance commune à une même profession. En effet, les orthoptistes sont formés au sein des CHU par les ophtalmologistes et les orthoptistes du service. Si un patron d'un service hospitalier est axé sur la chirurgie, il sera demandeur d'explorations fonctionnelles. En revanche, certains services axeront la formation sur la rééducation. Il serait donc déjà nécessaire non pas de plus former les orthoptistes, mais de les former de manière plus cohérente.

**Philippe LEFAIT**

Henry Hamard semble approuver cette intervention.

**Henry HAMARD**

Il semble effectivement indispensable d'homogénéiser et de contrôler le niveau d'enseignement des orthoptistes. Lorsque l'on crée un diplôme d'université destiné à apprendre aux orthoptistes la rééducation des sujets atteints de dégénérescence maculaire, on constate un nombre de demandes très important. Au niveau national, les ophtalmologistes universitaires pourraient sans aucun doute réexaminer et harmoniser le programme de formation des orthoptistes.

**Philippe LEFAIT**

De qui dépend cette décision ?

**Marie-Hélène ABADIE**

D'eux !

**Henry HAMARD**

Je suis d'accord avec cette réponse.



### **III. Le réseau bronchiolite**

#### **Philippe LEFAIT**

Sydney Sebban, comment envisagez-vous le transfert de compétences ? Existe-t-il déjà dans votre spécialité ? Dans le cadre de l'épidémie actuelle, les transferts de compétences sont-ils plus importants ?

#### **Sydney SEBBAN**

Je remercie le Président du Conseil de l'Ordre de m'avoir invité à évoquer un sujet se situant à la lisière du transfert de compétence et correspondant plus à un travail coopératif et coordonné entre médecins et kinésithérapeutes. Nous connaissons effectivement une épidémie de bronchiolite qui constitue en réalité un non-événement puisque nous sommes confrontés à ce problème depuis une dizaine d'années. Il existe en revanche un véritable souci concernant l'accès aux soins puisque d'autres épidémies (gastro-entérite, grippe...) ont lieu dans le même temps. Les médecins généralistes et les pédiatres sont surchargés, ce qui incite un certain nombre de parents à se rendre dans des services d'urgences hospitalières.

Je tiens à remercier les unions régionales de médecins libéraux et les caisses régionales d'assurance maladie qui ont permis l'essor des réseaux de bronchiolites depuis trois ans. Dans le cadre de ce réseau, nous avons tenté de faire se rencontrer l'offre et la demande de soins, en organisant au mieux les ressources humaines disponibles (médecins, urgentistes, pédiatres, kinésithérapeutes pratiquant la kinésithérapie respiratoire de désencombrement) plutôt qu'en créant une offre supplémentaire. Le réseau permet d'améliorer l'accessibilité de l'offre, mais aussi la visibilité de cette dernière afin d'assurer une prise en charge du nourrisson si le médecin de famille n'est pas disponible.

Des sessions de planification destinées aux kinésithérapeutes, médecins généralistes et pédiatres volontaires, sont organisées chaque année en octobre afin de recueillir les disponibilités. Chaque professionnel reçoit auparavant un courrier afin de l'inviter à participer au dispositif. Nous organisons également des sessions de formation interprofessionnelles (médecins généralistes, pédiatres, kinésithérapeutes, éventuellement infirmières puéricultrices de crèche) afin de débattre des problématiques liées à la prise en charge de la bronchiolite et de l'asthme du nourrisson. Ces sessions permettent de se rencontrer, de débattre, de prendre confiance entre professions et d'organiser une surveillance quotidienne de l'évolution du tableau clinique, *via* les kinésithérapeutes, concernant une maladie bénigne, mais potentiellement grave et évoluant dans le temps. Les kinésithérapeutes jouent ainsi un rôle de sentinelle, permettant de contacter si besoin le médecin traitant ou de prendre l'initiative d'inciter les parents à adresser leur enfant aux urgences en cas d'évolution inquiétante du mal.

#### **Philippe LEFAIT**

Cette expérience permet des gains de productivité pour la santé publique, ainsi que de meilleurs échanges entre les différentes professions. Peut-on pour autant parler de transferts de compétences ?

#### **Sydney SEBBAN**

J'ai indiqué en introduction qu'il s'agissait plus de travaux coopératifs et coordonnés que de transferts. Concernant la bronchiolite, les transferts de compétences se limitent à la surveillance de l'enfant au quotidien par un kinésithérapeute et à la possibilité pour ce dernier de partager des

critères convergents avec les médecins pour évaluer l'état de santé de l'enfant et prendre l'initiative d'un transfert vers les urgences hospitalières si une dégradation est constatée.

### **Philippe LEFAIT**

Vous participez à l'élaboration d'un réseau. Ce transfert de compétences de fait doit-il être organisé ?

### **Sydney SEBBAN**

La démarche doit être encadrée pour ne pas laisser les kinésithérapeutes « aller au front » sans protocoles de prise en charge. C'est pourquoi, dans le cadre du réseau, nous mettons en place des fiches bilans comprenant des critères convergents afin que kinésithérapeutes et médecins disposent des mêmes référentiels. Cette démarche est indispensable pour que les kinésithérapeutes, qui n'ont pas la responsabilité médicale, prennent les bonnes décisions.

### **Philippe LEFAIT**

Jean-Luc Preel, pourquoi préconisez-vous la création d'un Ordre des infirmiers et kinésithérapeutes ? Cette démarche a-t-elle un lien avec les transferts de compétences ?

### **Jean-Luc PREEL**

Je tiens tout d'abord à dire que je suis très honoré d'avoir été invité au titre d'expert. Je ne sais pas ce que me vaut cet honneur concernant le sujet des transferts de compétences. En effet, tout se trouve dans les rapports rédigés par Yvon Berland.

Ancien interne et chef de clinique à Paris, j'y ai créé un service de gastro-entérologie. J'ai par ailleurs exercé au Québec où j'ai pu découvrir l'expérience intéressante des stomathérapeutes. Porte-parole de l'UDF, je suis très impliqué dans les problèmes de santé. Je ne vous apprendrai rien en indiquant que notre système de soins est en crise, et pas uniquement en raison de problèmes de démographie. Dans ce secteur, la problématique de la nouvelle gouvernance est urgente et je défends une réelle régionalisation de la santé, permettant une politique de proximité prenant en compte les besoins et permettant de responsabiliser tous les acteurs en les associant en amont et en aval. Seule cette démarche permettra une maîtrise médicalisée des dépenses de santé que tous souhaitent en théorie. Ainsi, j'approuve la proposition du Doyen Berland de régionaliser l'internat. Pour ma part, je propose un *numerus clausus* régional par spécialité, seul moyen permettant de résoudre les problèmes de demain. En effet, dans certaines régions, il existe un manque dans certaines spécialités.

Les questions relatives à la collaboration et à la cohabitation entre professionnels de santé se posent tout d'abord en raison des problèmes de démographie qui ont été largement évoqués. Cependant, il convient également d'examiner les moyens permettant d'améliorer la coordination des soins au service des malades, grâce à une meilleure répartition des tâches. Ces deux problématiques peuvent d'ailleurs se rejoindre : une meilleure utilisation des compétences de chacun pourrait-elle résoudre les problèmes de démographie et mieux soigner les malades ?

Si elle semble souhaitable, la mise en œuvre de la délégation de compétence sera sans doute difficile. Il convient dans cette enceinte de s'exprimer avec prudence, mais il convient également d'aborder les problèmes de rémunération.

## 1. La crise démographique

Le problème démographique est majeur, d'autant plus qu'il s'accompagne d'un changement de mentalité. Par ailleurs, les conséquences de la féminisation ne sont pas assez prises en compte, notamment pour fixer le *numerus clausus*. La pénurie est programmée pour les généralistes, mais aussi pour certaines spécialités stratégiques, dont les anesthésistes, ainsi que dans certaines zones rurales. Cette question démontre le manque d'anticipation, à l'image du maintien du MICA durant de longues années.

Face à cette situation, je crois que la première réponse doit consister à adapter les formations aux besoins, aider à l'installation et prendre en compte les pratiques. L'augmentation du *numerus clausus* doit être plus importante et prendre en compte la féminisation. La mise en place d'un *numerus clausus* régional par spécialité me semble indispensable. Par ailleurs, nous ne pourrions pas résoudre le problème des spécialités sinistrées à l'hôpital sans remettre en cause le statut unique des praticiens hospitaliers et sans mettre en place des contrats prenant en compte la pénibilité et la responsabilité.

Concernant les zones rurales, je suis partisan de maisons cantonales regroupant l'ensemble des professions de santé, à distinguer des maisons de garde.

## 2. La nouvelle répartition des compétences

Dans ce cadre, il semble judicieux de réfléchir à une nouvelle répartition des compétences. Cette démarche est difficile car elle induit des changements de mentalités, notamment en ce qui concerne la responsabilité. Sans vouloir provoquer Henry Hamard, je constate que de nombreux opticiens prescrivent et vendent des lunettes. Comment compte-t-il résoudre ce problème ? Au risque d'être provocateur, ne convient-il pas d'être pragmatique et prendre en compte la réalité des choses pour tenter d'améliorer la qualité des actes ?

Par ailleurs, le rôle du médecin ne consiste-t-il pas d'abord à écouter le patient, poser un diagnostic et de proposer un traitement ? Doit-il continuer à réaliser des actes techniques, prolongeant son examen et rémunérateurs, mais fortement consommateurs de temps ? La réponse est loin d'être simple. Yvon Berland évoque la possibilité de confier les endoscopies digestives à des infirmières techniciennes, mais cette proposition soulève des problèmes. Il est également possible de citer le cas des infirmières formées pour réaliser des chimiothérapies à domicile, mais dont peu réalisent de tels actes, souvent parce que les centres anti-cancéreux souhaitent conserver leurs malades. C'est pourquoi, en réalité, de nombreuses infirmières réalisent essentiellement des toilettes à domicile. Il est vrai que cette activité participe à la démarche de soins puisqu'elle permet de détecter des débuts d'escarres. Par ailleurs, il arrive que certains médecins réalisent des prises de sang et des injections. Pour ma part, je préconise que les médecins retournent à l'acte intellectuel, que les infirmières se consacrent aux soins et que des aides-soignantes libérales interviennent sous la responsabilité des infirmières.

J'ai également été frappé par le récent débat législatif concernant les sages-femmes. Ces dernières contestent le fait de réserver le premier examen de la grossesse aux médecins, alors que ces derniers estiment que ce premier examen permet de diagnostiquer des pathologies. Ce débat qui semble simple en théorie s'avère compliqué dans la pratique.

Concernant la gastro-entérologie, il existe un faible nombre de stomathérapeutes en France et ces derniers ne bénéficient pas d'une réelle délégation de compétences. Par ailleurs, dans les services d'endoscopie, de nombreuses infirmières réalisent des pHmétries, des manométries œsophagiennes, éventuellement des manométries anorectales, mais les choses ne se déroulent pas clairement et résultent de décisions de chefs de services.

Enfin, le Doyen Berland évoque dans son rapport l'endoscopie digestive. Lorsque j'étais interne, on m'a donné un fibroscope et on m'a demandé de réaliser un premier acte. Bien entendu, j'ai bénéficié d'une aide, mais mes années d'études ne m'ont pas été d'un grand secours dans la réalisation de l'acte technique. De plus, le développement du dépistage du cancer du côlon rectum, que j'approuve, engendrera une augmentation du nombre de coloscopies en cas d'hémocult positif, alors que les gastro-entérologues sont aujourd'hui débordés. Il sera donc nécessaire de trouver un moyen pour réaliser ces examens. Or le rapport du Doyen Berland cite des études réalisées aux Etats-Unis et au Canada démontrant que les actes des infirmières formées sont au moins aussi bons que ceux des médecins. Certes, une grande partie des revenus des gastro-entérologues proviennent des endoscopies digestives et proposer un transfert de compétence peut sembler provocateur. Cette proposition semble moins provocatrice à l'hôpital où les gastro-entérologues ont de multiples tâches et ne vivent pas des actes effectués.

L'objectif consiste donc à mieux soigner en fonction des données connues et à aboutir à un travail complémentaire en équipe, sous la responsabilité du médecin et toujours au service du malade.

### **Le Président**

Je vous remercie de votre intervention. Il est toujours nécessaire d'avoir des aiguillons provocateurs afin de stimuler la réflexion.

### **Philippe LEFAIT**

Henry Hamard, comment réagissez-vous à l'intervention de Jean-Luc Prével concernant l'activité des opticiens et des optométristes ?

### **Henry HAMARD**

Jean-Luc Prével a cru me piquer. En réalité, il a apporté de l'eau à mon moulin. S'il faut attendre six mois pour obtenir un rendez-vous chez son ophtalmologiste, c'est que ces derniers ne sont pas assez nombreux et doivent traiter une population victime de maladies chroniques demandant des contrôles systématiques et réguliers, permettant de programmer les rendez-vous.

En second lieu, les opticiens n'ont jamais réalisé de prescriptions. Le corps des opticiens estime être une profession de prescription et accepte de donner des lunettes à des gens qui leur demandent, au même titre qu'un vendeur de lunettes aux puces. L'opticien se contente donc de fournir un instrument. Cette situation n'est pas comparable aux optométristes qui prescrivent et vendent des lunettes dans certains pays.

Enfin, je ne vois aucun inconvénient à ce que les clients obtiennent leurs lunettes immédiatement en entrant dans un magasin d'optique. En revanche, je trouve dommage que 700 000 glaucomes ne soient pas détectés et traités dans notre pays alors qu'il s'agit d'une maladie entraînant la cécité. Il serait donc préférable que ces patients soient examinés par des ophtalmologistes, qui seront sans doute plus disponibles lorsque leur cabinet comprendra un orthoptiste chargé de mesurer l'acuité visuelle, déterminer la réfraction et réaliser les champs visuels.

## **Philippe LEFAIT**

Avant de passer la parole à Jean Brouchet, je cite le rapport Berland : « La spécialisation des infirmiers dans la pratique de l'endoscopie est apparue dans certains établissements des Etats-Unis depuis 1972. Ces pratiques sont reconnues et remboursées par des assureurs. Quelques sociétés savantes de gastro-entérologues aux Etats-Unis et au Royaume-Uni y sont favorables sous réserve d'une formation validée et de personnels impliqués. Une étude randomisée sur 328 patients a montré une efficacité et une innocuité comparables des explorations d'endoscopie digestive faites par les infirmiers et par les médecins.

## **Yvon BERLAND**

Il n'est pas question de ne pas évoquer ce sujet qui figure dans mon rapport sur la base de données tirées de la littérature. Je souhaite cependant rappeler qu'il convient de ne pas transposer automatiquement des pratiques entre pays. Ainsi, les standards de pratiques aux Etats-Unis font qu'un examen colique correspond à une recto-sigmoïdo -scopie, c'est-à-dire à un acte beaucoup plus simple que la coloscopie totale préconisée en France.

## **IV. Le Conseil de l'Ordre face aux transferts de compétences**

### **Philippe LEFAIT**

Jean Brouchet, pouvez-vous réaliser une conclusion d'étape de ce Jeudi de l'Ordre et préciser la position de votre institution concernant les transferts de compétences ?

### **Jean BROUCHET**

Tout comme pour ce débat, le Conseil de l'Ordre a auditionné des représentants de différentes spécialités concernant les transferts de compétences. Les interrogations de ces derniers portent tout d'abord sur le choix des compétences à transférer. Avant tout, il convient de préciser les contours de l'acte médical concerné, car ces derniers ne peuvent être définis au hasard. Notre précédent Président me rappelait ce matin que les actes médicaux étaient réservés aux médecins depuis 1802.

En second lieu, il convient de prendre en compte la crise démographique, que le Conseil de l'Ordre évoque régulièrement depuis une dizaine d'années sans être entendu. Nous espérons que les transferts de compétences seront traités d'une autre manière.

### **1. Des transferts réservés au monde médical**

Nous sommes assez satisfaits du rapport rédigé par le Professeur Berland. En effet, le terme de transfert de compétences est à première vue inacceptable pour un médecin. Il semble farfelu qu'un acte médical soit réalisé par une personne qui n'a pas suivi les études nécessaires et qui n'est pas soumise aux devoirs déontologiques. Cependant, le rapport contient des idées extrêmement intéressantes. Par ailleurs, tous les acteurs cités vivent au sein du monde médical. Enfin, les transferts évoqués mentionnent les pratiques courantes dans des services hospitaliers, les cliniques, les cabinets de groupe, et les équipes multidisciplinaires exerçant dans le cadre des réseaux.

Pour ma part, je comprends la colère des ophtalmologistes lorsqu'il est proposé de transférer des compétences à des acteurs n'appartenant pas au monde médical. Je comprends également que les doyens n'acceptent pas qu'il soit possible d'entrer dans le monde de la médecine sans être passé par les facultés de médecine. Il s'agit d'un véritable danger que le rapport ne mentionne pas, mais que nous vivons au quotidien avec le développement des médecines « douces », « parallèles » ou « humoristiques », qui ont envahi le domaine médiatique et ont acquis une forte popularité. Ainsi, dans la maternité où j'exerce, il m'est demandé chaque jour quel est le meilleur ostéopathe de la ville. Or la situation est identique dans toutes les spécialités.

## **2. La formation**

Le Conseil de l'Ordre des médecins est satisfait du rapport Berland car ce dernier indique clairement que le médecin doit recevoir une formation chaque jour meilleure. En effet, le succès de la médecine scientifique ne provient pas de la publicité, mais de la progression au quotidien de la qualité du diagnostic, de son encadrement et des solutions thérapeutiques. En revanche, certains acceptent difficilement l'une des propositions du rapport concernant l'allongement de la durée des études, rappelons que notre profession est la seule à nécessiter 10, 12 ou 14 années d'études.

## **3. Les expériences étrangères**

Les études comparatives sont toujours recherchées dans les pays anglo-saxons. Ce travers est assez extraordinaire quand on observe les difficultés financières actuelles de medicare ou l'ambiance régnant au sein du National Health Service. Il est vrai que lorsque je suis confronté à un cas difficile, je trouve avant tout des données anglo-saxonnes sur Internet. Or si la médecine est universelle, il faut faire attention à la manière dont on l'exerce et il convient de prendre en compte notre relation avec le patient dans un contexte latin. Ainsi, l'expérience des infirmières situées dans des zones désertiques en Australie ne paraît pas toujours applicable en France.

L'objectif de ce rapport consiste uniquement à nous préparer aux évolutions à venir. En définissant mieux les actes médicaux, il sera possible de déléguer une partie de leur contenu à des auxiliaires médicaux qui travaillent avec les médecins, ils seront alors indispensables et forcément compétents. Le rapport Berland constitue donc un élément fondamental pour l'avenir de la médecine.

## Débat

### **Jackie AHR, Conseiller national**

Je suis assez d'accord avec les intervenants, y compris concernant les transferts de compétences. Cependant, il conviendrait d'arrêter un jour l'hypocrisie régnant en France concernant la réduction du nombre de médecins. En effet, certains esprits d'énarques ont imaginé que la diminution du nombre de médecins limiterait la progression des dépenses de santé. De plus, le coup de grâce a consisté récemment à ouvrir la voie de la médecine administrative, vers laquelle s'engouffrent les médecins généralistes en raison de l'absence de gardes, d'urgences, ou d'astreintes qui caractérisent cette activité. Or aucun responsable politique n'a le courage d'indiquer que ces contraintes constituent la vraie médecine.

Par ailleurs, comme l'a indiqué Madame Polton, membre du CREDES, ce n'est pas la féminisation de la profession qui pose problème, mais la féminisation du comportement de nos jeunes confrères.

Je rappelle également que les infirmières paient leurs études en s'engageant à demeurer à un endroit durant un certain temps. Il s'agit du seul moyen permettant de lutter contre les déséquilibres constatés. En effet, je suis désolé de dire à notre invité député que le *numerus clausus* des installations est inapplicable lorsqu'il existe des pénuries dans tous les domaines. La seule solution alternative, plus intelligente, consisterait à rendre ces spécialités (anesthésie, chirurgie générale, pédiatrie...) plus attractives.

Enfin, lorsque l'on indique que le nombre de médecins est trop important dans le Sud de la France, nous serions surpris d'examiner l'âge moyen de ces médecins et le nombre d'actes à la journée de ces derniers.

### **Jean-Luc PREEL**

Je ne propose pas un *numerus clausus* à l'installation, mais un *numerus clausus* régional par spécialité afin d'adapter la formation aux besoins de demain.

### **Jackie AHR**

Vous savez que le *numerus clausus* vise à fournir à chaque service hospitalier, et non à chaque région, la main d'œuvre nécessaire.

### **Yves COTTRET, Président du Collège national des kinésithérapeutes salariés**

Le Collège national des kinésithérapeutes salariés regroupe cinq organisations et j'ai fondé une Union interprofessionnelle d'associations des professions de rééducation médico-technique (ergothérapeutes, laborantins, diététiciens, psychomotriciens...)

Les rapports Berland I et Berland II nous ont particulièrement intéressés concernant les questions de démographie et les transferts de compétences. Je tiens à ce titre à évoquer un souci sémantique: aux notions de collaboration et cohabitation figurant dans le titre de ce Jeudi de l'Ordre, je préfère les mots de coopération et de coordination figurant dans les rapports Berland.

Par ailleurs, j'émets un regret, car la lettre de mission du Ministre évoque la relation entre médecins, entre médecins et professions paramédicales, mais oublie le partage d'activités et de compétences entre professions paramédicales. Cette situation laisse de côté des pans entiers, ce dont souffrent les patients. C'est pourquoi les kinésithérapeutes salariés, mais aussi sans doute nos collègues membres de l'Union interprofessionnelle, souhaitent que soient créées des zones d'activité partagée.

Les rapports Berland mentionnent l'hétérogénéité des formations, qui constitue le principal sujet de préoccupation concernant les transferts de compétences. En effet, la réglementation s'est efforcée de distinguer les professions médicales. Madame Abadie citait le décret de compétences réglementant sa profession, et il n'existe pas moins de sept appellations relatives aux professions paramédicales.

La notion de transfert de compétences relève d'une approche psychosociologique. En effet, le transfert relève du transport, mais aussi de l'appropriation. La délégation engendre un problème de responsabilité. Par ailleurs, un transfert doit se dérouler dans de bonnes conditions et notamment être bien préparé.

Il est intéressant que le Ministre ait commandé une série de rapports consacrés aux transferts de compétences, même si leur nombre est assez important. Cependant, il est dommage que ce sujet soit abordé de manière négative et dans le seul but de répondre aux problèmes de démographie médicale. En effet, Yvon Berland rappelle que les paramédicaux ont acquis un certain nombre de compétences et que les niveaux d'entrée dans ces formations ont évolué.

Comme l'a rappelé Monsieur Brouchet, le débat concerne la délégation d'actes médicaux. Le Code de la Santé publique mentionne ce point, contrairement à d'autres pays. C'est pourquoi soit l'on décide qu'il ne s'agit plus d'actes médicaux délégués, soit l'on accepte cette situation. Dans ce dernier cas de figure, il est nécessaire d'aborder autrement les transferts de compétences afin de prendre en compte le domaine de la responsabilité.

Nous souhaitons enfin que de nouvelles spécialités paramédicales ne soient pas ajoutées aux 14 existantes et que des expertises soient menées à l'image de la démarche engagée au sein de l'hôpital entre 1994 et 1998 par le Ministère de la Santé. Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons qu'approuver les principes mentionnés dans les rapports Berland.

Je tiens à remercier Sydney Sebban que j'ai rencontré lorsqu'il mettait en place le réseau bronchiolite au sein de l'Assistance publique. Enfin, je tiens à préciser que les propos de Monsieur Préel ne doivent pas être mal interprétés : les paramédicaux ne seront pas uniquement des effecteurs, car ces derniers réalisent également un acte intellectuel.

### **Une intervenante**

Je suis responsable de l'unité diététique de Necker Enfants Malades et j'interviens au nom de l'association des diététiciens de France. Dans son rapport, le Doyen Berland indique que nous ne sommes pas inscrits au Code de la Santé publique, ce qui est faux. Notre titre de diététicien est protégé, mais est malheureusement utilisé par les promoteurs de médecines parallèles. Il manque simplement à notre profession un décret de compétences qui pourrait être commun à l'ensemble des professions paramédicales.

Je tiens par ailleurs à indiquer que notre formation initiale de deux ans est bien trop courte. Il s'agit en effet de la formation la plus courte en Europe pour des professionnels de santé et nous souhaitons intégrer le dispositif universitaire LMD.



Enfin, votre rapport ne nous satisfait pas lorsqu'il préconise la création de plusieurs métiers de diététiciens, distinguant l'activité de soins de l'activité liée au contrôle de l'industrie agroalimentaire. En effet, les diététiciens interviennent en grande majorité dans le domaine de la santé publique alors que les besoins sont énormes (diabète, maladies cardio-vasculaires, allergies, obésité...). Le programme national de santé nutrition a confirmé cet élément.

### **Yves BERNARD COSTE, Président de l'Association Professionnelle des Opticiens**

L'Association Professionnelle des Opticiens regroupe les opticiens salariés qui souhaitent participer à l'évolution de notre métier aux côtés des syndicats patronaux.

Tout d'abord, je suis très heureux d'avoir entendu Monsieur Hamard indiquer qu'il ne voyait pas d'inconvénient au fait que les opticiens vendent directement des lunettes à un client. Lorsqu'une telle demande apparaît, j'interroge le client concernant ses liens avec son ophtalmologiste et ses problèmes visuels. Si je décide de réaliser directement les lunettes, je ne vais pas agir comme un vendeur sur un marché aux puces puisque je vais réaliser au préalable une mesure de la réfraction oculaire, ce qui constitue peut-être une prescription. Cet acte est nécessaire pour les ophtalmologistes chargés d'établir un diagnostic ou réaliser un dépistage, pour les orthoptistes chargés de réaliser un travail sur la vision binoculaire, ainsi que pour les opticiens afin de satisfaire pleinement nos clients.

Peut-être vais-je être provocateur, mais je considère que nous sommes tous des vendeurs, chargés de vendre des produits ou des services. Le meilleur exemple en est que le contribuable finance des publicités destinées à réduire la consommation de médicaments antibiotiques. La distinction entre prescription en vente me semble difficile à appliquer en réalité.

Concernant le dépistage visuel, je tiens à préciser que la santé appartient à tous et pas uniquement au corps médical. Rendre le dépistage visuel obligatoire et utiliser dans ce but le besoin de port de lunettes me semble être un principe « stalinien ». La proposition de la FFSA, concernant le principe d'un dépistage obligatoire à certaines périodes de la vie et permettant un bénéfice important pour la population au prix d'une faible énergie dépensée, me semble plus appropriée.

Enfin, les opticiens seront présents pour seconder les ophtalmologistes et les orthoptistes dans le domaine de la réfraction.

### **Gérard LAGARDE, Conseiller national**

Jean Brouchet a insisté sur la nécessité de préciser les contours de l'acte médical. Pour ma part, je souhaite opposer la délégation de compétence, qui peut s'inscrire dans le cadre de l'acte médical, au transfert de responsabilité, qui engendre des problèmes différents.

### **Un intervenant**

Les transferts de compétences ont toujours eu lieu entre médecins. Le problème intervient lorsque le transfert est destiné à un non-médecin, qui peut être le salarié du médecin. Pour ma part, je considère que la délégation pourrait concerner nos salariés, et le transfert à un médecin ou non-médecin indépendant de nous.

**Marcel AFFERGAN, Syndicat Convergence Infirmière**

Je remercie le Président pour son invitation.

Je rappelle tout d'abord qu'au cours des années 1990, le Gouvernement a estimé qu'il existait trop de professionnels de santé. Il a donc été décidé de réduire l'accès au conventionnement des infirmières libérales en imposant une formation de trois ans et nous ne parvenons pas à assouplir ces règles. La nouvelle mode concerne aujourd'hui les transferts de compétences. Je rappelle que le décret de compétences des infirmières mentionne un rôle délégué et un rôle autonome des infirmières. Or ces dernières ne bénéficient d'aucune initiative en termes de prescription et de consultation. La première démarche devrait donc consister à assurer la mise en œuvre effective de nos compétences autonomes.

Le rapport Berland contient un certain nombre d'éléments intéressants. Il existe déjà un certain nombre de transferts de charges au profit des infirmières dans la réalité et il est dommage d'attendre une crise démographique pour formaliser les choses.

Monsieur Prél a évoqué les toilettes. Pour ma part, je préfère parler de soins infirmiers qui représentent 70 % de nos actes. Cependant, nous ne sommes pas des extrémistes et nous devons examiner les partenariats envisageables avec les aides-soignantes. Seule cette première étape permettra d'envisager des transferts de compétences. En effet, un grand nombre d'infirmières ont suivi des formations relatives aux traitements chimiothérapeutiques à domicile, mais ne réalisent aucun soin dans ce domaine. Par ailleurs, nous estimons que les transferts de compétences ne peuvent réussir que dans le cadre d'une équipe, constituée par des gens qui se connaissent, et d'une responsabilité partagée. Il est donc nécessaire d'encourager les regroupements de professionnels sous toutes leurs formes. Je considère que cette logique est préférable au souhait de tirer vers le haut les professions paramédicales figurant dans le rapport Berland.

Le travail en destination des personnes dépendantes que constituent les personnes âgées et les enfants est à l'origine de notre profession et à l'avenir constitue notre présent. Nous serons très vigilants concernant ce point.

**Françoise BICHERON, Présidente du Conseil nationale de l'Ordre national des Sages-femmes**

Je souhaite répondre à l'intervention de Monsieur Prél. Je considère qu'il est temps d'arrêter d'être hypocrite. De tout temps, les sages-femmes ont été capables de réaliser la constatation de grossesse. Cet examen est d'ailleurs pris en charge par l'assurance maladie et tous les examens nécessaires sont mis en place à cette occasion. Cependant, le législateur a créé un premier examen prénatal, qui constitue en réalité un second examen, en raison de la situation sanitaire de la France en 1945. La situation sanitaire a évolué depuis cette date et les sages-femmes pourraient réaliser le premier examen prénatal, qui contient un risque de santé publique beaucoup moins important que d'autres examens pour lesquels nous bénéficions d'une totale autonomie, excepté lorsqu'une pathologie est détectée. Exclure les sages-femmes de la première consultation prénatale revient à placer les femmes dans une position d'otage au sein du dispositif médical, sans offrir à ces dernières la possibilité de se faire suivre et accoucher par une sage-femme.

La France est l'un des rares pays accordant le caractère médical à la profession de sage-femme, mais ce pays accorde des droits inférieurs à ces dernières par rapport aux pays voisins.

**Jean-François NEGRI, Association Nationale des Infirmières de France**

Je suis vice-président du comité permanent des infirmières de l'Union européenne, ce qui me permet de bénéficier d'une vision élargie.

Je vous remercie de me laisser la parole. Le rapport Berland a été accueilli favorablement au sein de la profession, mais il pose un certain nombre de questions. Tout d'abord, le rapport ne cite pas le cas des infirmières stomathérapeutes et des infirmières cliniciennes. Ces deux formations ne sont pas reconnues officiellement en France, mais il existe près de 2 000 infirmières cliniciennes. Leur formation est organisée, notamment dans le cadre de CHU.

Vous évoquez également les problèmes de chronicité et les formations destinées à améliorer les compétences dans le domaine éducatif et relationnel. Or le rôle des infirmiers ayant acquis de nouvelles compétences et réalisant un travail formidable dans le domaine éducatif n'est pas reconnu, alors que les besoins sont importants, notamment dans le cadre de la diabétologie ou de la cardiologie. Nous travaillons également avec les usagers et ces derniers sont demandeurs d'une telle approche. Le constat du Professeur Berland d'une augmentation du temps de consultation est exact. Enfin, notre décret de compétence prévoit déjà notre prérogative concernant les soins éducatifs et relationnels.

Par ailleurs, un cursus spécifique destiné aux infirmières de l'Union européenne a été mis en place afin de promouvoir la santé publique et la prévention. 400 infirmières suivront cette formation cette année en France. C'est pourquoi, après ce rapport d'étape, je propose au Professeur Berland d'intégrer ce domaine aux expérimentations envisagées.

**Un intervenant, Ordre des Pharmaciens**

Je rappelle que le débat porte sur les professions médicales et paramédicales, et non sur les collaborations entre les médecins et les autres métiers de santé. De ce fait, le partage des prescriptions médicamenteuses n'a pas été abordé. Or ce sujet a été abordé au sein de pays voisins et certains métiers ont appris à travailler ensemble. J'attends pour ma part beaucoup de la régionalisation qui permettra peut-être une meilleure organisation entre professions et donc une meilleure prise en charge des patients.

**Pierre LOULERGUE, Président du Syndicat National des Internes des Hôpitaux**

Je remercie le Président du Conseil national de son invitation, alors que nous ne sommes habituellement jamais associés à ce type de réflexion alors que nous représentons les médecins de demain.

Je suis assez inquiet car je n'ai pas entendu beaucoup de propositions destinées à faire face à la pénurie médicale. La solution ne consisterait-elle pas à augmenter le nombre de médecins en formation ? En effet, si le nombre de postes d'internes en ophtalmologie était augmenté, ces postes seraient pourvus sans difficulté. Je crois qu'il ne faut pas être fataliste : le problème ne concerne pas le Ministère de l'Economie, mais bien le Ministère de la Santé et de l'Education. Seule une augmentation du nombre de postes ouverts aux concours permettra de résoudre les problèmes de démographie, à moins de considérer que nos professions doivent être chroniquement déficitaires. Par ailleurs, la régionalisation de l'internat souhaitée par Monsieur Prével ne présente aucun intérêt si elle n'est pas accompagnée de mesures d'installation coercitives dont j'espère qu'elles seraient inconcevables pour toutes les personnes présentes dans cette salle.

En second lieu, le problème de la responsabilité ne sera pas réglé si cette dernière demeure exercée par les médecins dont le nombre n'augmente pas.

En troisième lieu, les professions paramédicales connaissent également une crise démographique. S'il est décidé de former plus de professions paramédicales, pourquoi ne pas adopter une démarche similaire concernant les médecins ?

Enfin, nous ne sommes pas opposés au rapport Berland et à l'augmentation du temps médical utile, préconisé au nom de l'amélioration de la qualité des soins. Cependant, les internes des spécialités faisant l'objet d'un transfert de compétence auront-ils un accès suffisamment aux actes qu'ils devront encadrer lorsqu'ils seront de jeunes médecins ? Il convient de ne pas répondre à la légère à cette question car le nombre de professionnels paramédicaux à former sera important.

### **Patrick DANESI, Secrétaire Général de la Fédération Nationale des Podologues**

Je représente Monsieur Olie. Pourquoi la FNP n'a-t-elle pas été auditionnée dans le cadre de la mission relative aux transferts de compétences et n'a pas reçu de réponse à son courrier du 11 septembre 2003 ? Par ailleurs, avant de transférer certaines compétences, pourquoi ne pas mettre en application les compétences dont disposent certaines professions, dont le droit de prescription des podologues décidé en 1987 et validé par l'Académie de Médecine ? Il suffit simplement de modifier l'article 5 de la nomenclature qui précise que les professions médicales peuvent prescrire et avoir recours au remboursement direct sans prescription.

Vous souhaitez transférer un certain nombre de compétences, mais vous n'allez pas au bout du transfert en refusant de confier la responsabilité de la prescription des actes aux paramédicaux.

### **Jacques MORNAT, Conseiller national**

Concernant la démographie médicale, nous jouons à « la patate chaude ». En effet, les hommes politiques ont refusé d'entendre ou d'écouter ce que le Conseil de l'Ordre indique depuis 12 à 15 ans. Le rapport Soubie, rédigé en 1993, contenait des phrases bien curieuses : « Encourager à fond la féminisation pour la raison simple et unique qu'elle est moins prescriptrice, que sa carrière est moins longue, qu'elle travaille moins longtemps ». Le même rapport se demandait s'il était nécessaire de nommer des médecins dans des postes non occupés dans les hôpitaux.

Dans le même temps, on a encouragé la venue de médecins étrangers dont le flux commence à se tarir, et aucun effort n'a été réalisé pour encourager les médecins à changer de spécialité au cours de leur carrière, contrairement à la pratique en cours dans les CES.

Le Doyen Berland estime que la profession médicale n'est pas assez attractive en France. Or le phénomène que nous observons se retrouve dans toute l'Europe occidentale : l'Angleterre contient 30 % de médecins étrangers, la Belgique s'inquiète de la mise en place de filières destinées à attirer ses médecins en Angleterre, l'Allemagne et la France connaissent une crise de recrutement.

Je ne vois pas d'inconvénient à faire appel aux professions paramédicales. Il existe effectivement un problème entre les formations bac + 3 et bac + 12, mais ce problème concerne le monde universitaire et non la relation avec les malades. Par ailleurs, les infirmières et les kinésithérapeutes sont en nombre insuffisant.

Enfin, je tenais à évoquer la confusion régnant ce matin entre le réseau, la délégation de soins sous la responsabilité du médecin et le transfert de compétences, mentionnés dans le cadre d'un registre bien précis.

### **Henry SAULNIER, Président de l'Association Professionnelle des Opticiens**

Je remercie le Président du Conseil de l'Ordre de m'avoir convié à cette réunion très importante. Je tiens à revenir à la remarque de Monsieur Prével concernant la réalité du terrain et indiquer à Monsieur Hamard que certaines pratiques constatées sur le terrain sont difficiles à accepter. Par ailleurs, nous devons faire face à un revirement de la Cour de Cassation concernant la vente de lunettes pré-montées. J'ai averti le Ministre de cette situation, sans obtenir de réponse pour l'instant. En effet, ces lunettes sont en vente libre et concernent parfois des achats de première intention en dehors de tout contrôle.

Par ailleurs, les expérimentations menées dans les cabinets médicaux et les services hospitaliers ne concernent pas uniquement les orthoptistes, mais aussi des optométristes. Notre syndicat ne revendique pas le titre d'optométriste, car le rôle d'un opticien ne consiste pas à faire de la chirurgie ou de la rééducation. Le cœur de notre métier est la fourniture d'un équipement visuel, mais nous souhaitons fournir une prestation technique de qualité en amont afin de fournir l'équipement dans un délai raisonnable.

Enfin, notre compétence et notre indépendance sont reconnues par l'article L 4362 alinéa 9 du Code de Santé publique nous autorisant à délivrer sans ordonnance un équipement à une personne de plus de 16 ans.

### **Patrice LANCIEN, Médecin généraliste, Conseiller ordinal de Seine-Maritime**

Les médecins généralistes ont beaucoup de travail et se voient confier de nouvelles charges. Ainsi, il est désormais nécessaire de disposer d'un certificat médical pour jouer au billard en fédération ! Par ailleurs, je suis amené à prescrire des lunettes de remplacement parce que les délais sont trop importants chez les ophtalmologistes. Cette prescription est de toute manière remboursée par la Sécurité Sociale.

Par ailleurs, en raison de la charge de travail, une partie de mes confrères souhaite rejoindre les administrations pour ne travailler que 35 heures et les médecins demeurant en campagne souhaitent limiter les carcans imposés par l'Ordre. En effet, il n'existe plus de passerelles entre spécialités, ni de possibilité de travailler dans le cadre d'équipes. Or mon souhait serait de pouvoir inviter ma remplaçante à m'aider lorsque nous sommes confrontés à une épidémie de grippe. Cette femme médecin mère de quatre enfants ne souhaite pas s'installer, mais pourrait nous apporter une aide à l'instant, mais cette pratique n'est pas autorisée.

Je souhaiterais également pouvoir confier aux infirmières la prescription de produits destinés à soigner les ulcères de jambes, tout en conservant la responsabilité de cet acte. L'organisation actuelle oblige en effet les généralistes à prendre en charge de multiples tâches administratives qu'il serait possible d'extérioriser.

Enfin, je n'ai pas apprécié l'intervention d'un représentant des opticiens estimant que la médecine était un commerce comme un autre. Si j'étais commerçant, je pourrais vendre des lunettes, des médicaments, et je serais plus riche aujourd'hui.

**Régina GODART, Présidente de l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux**

L'ONCIL est opposée à la démarche de soins infirmiers depuis son apparition. Nous avons proposé de réaliser des consultations infirmières à l'occasion de la révision du décret de compétence et nous avons à nouveau mis ce sujet à l'ordre du jour du Conseil supérieur des professions paramédicales.

Je souhaite remercier Monsieur Brouchet qui soutient le principe d'une délégation de compétences demeurant réservée aux seules professions de santé. Or l'article 4 de notre décret de compétence m'oblige à collaborer avec des auxiliaires de santé (auxiliaires puéricultrices, aides médico-psychologues et les aides soignantes) et nos devoirs déontologiques nous obligent à respecter nos règles professionnelles. Je rappelle par ailleurs que la démarche de soins infirmiers constitue l'une des causes de la fuite des infirmières médicales vers d'autres secteurs ou de l'arrêt de leur profession. Notre nombre est en effet passé de 56 000 en 2000 à 50 000 aujourd'hui.

Enfin, l'ONCIL a été très intéressée par le rapport Berland qui met en place la consultation infirmière. Cependant, quel est le rôle de l'infirmière libérale dans le cadre de ce rapport ?

**Marie LEMONIER, Fédération Française des Psychomotriciens**

Monsieur Berland propose la création d'un master professionnel en soins infirmiers. Pourquoi ne pas en proposer un en rééducation ?

**Philippe LEFAIT**

Il est temps d'aborder la conclusion de ce débat.

**Jean BROUCHET**

Deux éléments m'ont marqué au cours du débat. Le premier concerne le témoignage de mon confrère généraliste exprimant son ras-le-bol concernant la rédaction des certificats. Je peux vous indiquer que plus de 35 millions de certificats totalement inutiles sont rédigés en France chaque année. Je ne sais pas combien d'hectares de forêts représente ce total, mais je sais que personne ne lit jamais ces certificats.

Le second élément concerne les internes, qui doivent se défendre car le *numerus clausus* bloque totalement le système. Or le besoin d'internes et de médecins compétents sera croissant. A vous de faire la preuve que l'on a besoin de vous.

**Jean-Luc PREEL**

Je tiens à préciser que tous les hommes politiques ne sont pas responsables de l'actuelle pénurie de médecins. Depuis des années, j'interroge régulièrement les différents ministres concernant le nombre de postes disponibles dans les hôpitaux, l'âge moyen des praticiens hospitaliers et les mesures prises pour prévoir l'avenir. Je me souviens notamment d'une réunion entre le ministère et un syndicat de praticiens hospitaliers, au cours de laquelle Edouard Couty n'avait pas été capable de répondre à une question relative à la démographie médicale, mais avait indiqué qu'il interrogeait les établissements pour savoir si la prime multi-établissement avait été versée. J'étais alors intervenu pour indiquer que cette démarche représentait l'inverse de ce qu'il fallait faire. Le Ministère doit en effet intervenir

dans les questions stratégiques, mais laisser les éléments subalternes aux directeurs d'hôpitaux et aux DRASS.

Pour répondre au représentant des internes, je tiens à souligner que le *numerus clausus* a fortement augmenté cette année. Pour ma part, je suis favorable à l'instauration d'un *numerus clausus* régional par spécialité, afin d'évaluer réellement les besoins. Par ailleurs, cette réponse n'est pas contraignante car 85 % des médecins formés dans une région demeurent dans cette région, même si cette tendance est moins affirmée dans le Nord et en PACA. En effet, les médecins tissent leur réseau relationnel au cours de leurs études. Par ailleurs, les étudiants en médecine se marient souvent dans la région où ils font leurs études et sauf à fuir leur belle-mère, ils souhaitent rester dans cette région.

### **Sydney SEBBAN**

Je suis heureux d'avoir entendu au cours du débat l'expression « travail en équipe ». Pour ma part, je souhaite évoquer non pas le transfert de compétences, mais le partage de connaissances entre différentes catégories de professionnels. Cette démarche nécessite un investissement initial en temps, mais permet par la suite un gain et une amélioration du service rendu aux malades. Dans le cadre du réseau bronchiolite, la confiance entre médecins et kinésithérapeutes rassure les parents et permet un gain partagé.

### **Marie-Hélène ABADIE**

L'entente qui a toujours existé entre les orthoptistes et les opticiens dure. Nous avons besoin d'eux comme je pense qu'ils ont besoin de nous. Cependant, s'il convient de bien définir les choses, les transferts de compétences envisagés en destination des orthoptistes ne permettront pas de corriger le manque d'effectifs dans les zones défavorisées. Les orthoptistes ne pourront pas remplacer les ophtalmologistes. Dans le cas contraire, ces derniers n'auraient pas besoin d'une formation de 12 ans.

Enfin, lorsqu'un auxiliaire médical réalise un acte, sa responsabilité est entière, même si l'acte est prescrit.

### **Henry HAMARD**

Je suis très heureux de l'intervention des opticiens qui ont précisé très exactement leurs compétences en matière de réfraction. En revanche, je n'ai pas évoqué les dépistages visuels, mais bien les dépistages de pathologie.

Par ailleurs, je tiens à indiquer au représentant des internes que le premier sujet évoqué par le rapport de l'Académie de Médecine et transmis aux différents ministères concerne l'augmentation d'urgence du nombre de postes formateurs de médecins ophtalmologistes.

### **Yvon BERLAND**

Les différentes interventions me confortent dans l'idée qu'il est possible de construire des collaborations entre les différentes professions de santé. Les différentes interventions me semblent aller dans le bon sens. Par ailleurs, comme l'a indiqué Monsieur Brouchet, des formations parallèles se mettront en place si nous n'organisons pas ces collaborations.

Par ailleurs, lors de l'élaboration des deux rapports, j'ai rencontré l'ensemble des professions concernées, y compris les podologues. Cependant, il est clairement indiqué dans le second rapport que seules quelques pistes sont mentionnées. Le processus demande une expérimentation, une analyse et une évaluation avant d'être généralisé.

Enfin, je suis Doyen d'une Faculté et à ce titre très sensible à la formation. Je crois que nous devons être attentifs à rendre les formations plus homogènes dans certaines filières, rendre d'autres formations plus conformes aux attentes des professionnels concernés, notamment en ce qui concerne les diététiciennes. Dans ce cadre, la Conférence des Doyens est favorable au caractère universitaire des professions de santé. Par ailleurs, il convient d'augmenter le *numerus clausus* et le nombre d'internes en formation, mais les projections continuent à faire apparaître de grandes difficultés pour les années 2010/2020. La réflexion à laquelle les internes doivent participer doit donc se poursuivre.

### **Michel DUCLOUX**

Je me suis peu exprimé au cours de ce débat afin de vous entendre. Ce débat a été passionnant et je pense que certains angles aigus ont pu s'arrondir. Cependant, j'ai cru comprendre qu'il restait du travail pour parfaire les collaborations entre professions médicales et paramédicales. Pour ma part, je préfère les termes de collaboration et de partage de compétences, dans un cadre de respect et de tolérance communs, à celui de transfert de compétences.

Dans le cadre de cette démarche, nous ne devons pas oublier le malade et assurer à ce dernier la qualité et la sécurité des soins dans des délais les plus courts malgré le contexte de crise démographique. Je ne sais pas si les délégations de compétences permettront de réduire les problèmes. Cependant, il convient d'agir sans précipitation.

Enfin, je tiens à penser aux médecins et aux auxiliaires médicaux, qui doivent retrouver le goût de l'exercice médical. Je pense que nous devons mener un travail d'ensemble, y compris avec les internes qui sont désormais accueillis dans nos cellules jeunes. Ce débat a peut-être permis d'ouvrir des horizons plus heureux.