

ANNÉE 2007 – N° 07-074

# **LA DELEGATION DE TACHES EN MEDECINE GENERALE :**

## **ETUDE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUP AUPRES DE 18 MEDECINS GENERALISTES INSTALLÉS EN FRANCHE-COMTE**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement  
Le 14 décembre 2007  
Pour obtenir le Diplôme d'Etat de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

Delphine MARQUISET épouse VARNEY

Née le 5 mai 1977 à MONTBELIARD (Doubs)

Directeur de la thèse :	F. DUMEL	Professeur
Jury de la thèse :		
Président :	H. ALLEMAND	Professeur
Juges :	J-P. GAUME F. DUMEL F. BAUDIER Y. BOURGUEIL N. GIRARD	Professeur Professeur Docteur en Médecine Docteur en Médecine Docteur en Médecine

# **SOMMAIRE**

**LISTE DES ABREVIATIONS**

**INTRODUCTION**

**A. PREAMBULE**

**B. MATERIEL ET METHODES**

**C. RESULTATS**

**D. DISCUSSION**

**CONCLUSION**

**ANNEXES**

**BIBLIOGRAPHIE**

**TABLE DES MATIERES**

## LISTE DES ABREVIATIONS

ADELI : Registre national informatisé des professionnels médicaux et paramédicaux  
AIS : Actes Infirmiers de Soins  
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
ASALEE : Action de SAnté Libérale En Equipe  
BMJ : British Medical Journal  
CFES : Comité Français d'Education pour la Santé  
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants  
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins  
CREDES : Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé  
DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales  
DES : Diplôme d'Etude Spécialisée  
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DREES: Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques  
DSI : Demande de Soins Infirmiers  
ECN : Epreuves Classantes Nationales  
HAS : Haute Autorité de Santé  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat  
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers  
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé  
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale  
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé  
ORS : Observatoire Régional de la Santé  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile  
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie  
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

# **INTRODUCTION**



Depuis plusieurs années, de nombreuses études font état d'une **situation démographique préoccupante pour la médecine générale**. D'ici peu, le nombre de médecins généralistes en activité pourrait d'ailleurs s'avérer insuffisant pour répondre à une demande de soins toujours croissante.

Par ailleurs, **les compétences de l'ensemble des professionnels de santé ont considérablement évolué** ces dernières années. Il semble que certaines activités ne justifient plus aujourd'hui la seule intervention des médecins et pourraient être transférées à d'autres professionnels. C'est du moins ce qu'a pu constater le Pr. Yvon Berland en 2002 au cours de sa mission sur la démographie des professions de santé **(1)**.

Par conséquent, une redéfinition des contours des métiers de la santé, avec notamment une **délégation de certaines tâches** habituellement dévolues aux médecins, semble inéluctable dans un avenir proche **si on veut conserver la qualité des soins** pour les patients. Celle-ci pourrait même être améliorée par une plus grande disponibilité des médecins pour les activités qui le nécessitent.

Une telle réorganisation du travail permettrait également d'assurer une meilleure adéquation entre formation et exercice professionnel, et d'accroître l'attractivité de certaines professions paramédicales en leur permettant des évolutions de carrières jusqu'alors extrêmement limitées. Il est également possible d'envisager la création de **nouveaux métiers, avec une formation intermédiaire**, à l'image des « nurses practitioners » anglo-saxonnes.

Comme nous le verrons par la suite, il existe une réelle volonté de la part des acteurs médicaux et paramédicaux de développer certaines délégations de tâches. Cependant, **les expériences de ce type** sont encore **très rares en France**, alors qu'elles se sont progressivement généralisées dans de nombreux pays européens, entraînant de profonds remaniements des systèmes de soins existants.

C'est pourquoi nous avons trouvé intéressant d'étudier dans le cadre de cette thèse les **principaux freins à la délégation de certains actes**, de la part des médecins généralistes envers les infirmières libérales qui sont leurs partenaires principales dans le cadre des soins primaires. Simultanément, nous essaierons de préciser les **besoins des médecins** interrogés dans ce domaine, la nature actuelle de leurs **relations avec les infirmières libérales** et **d'identifier quelques actes** relevant d'autres professionnels et que les médecins généralistes accepteraient de concéder.

Pour ce faire, nous avons choisi de réaliser une **étude qualitative par focus group** auprès de médecins généralistes installés en Franche-Comté. L'avantage indéniable de ce type d'étude est de pouvoir mettre en avant, de la part des médecins interrogés, des éléments de réponse plus personnels, plus précis et argumentés, ce qui est impossible dans les études quantitatives.

# **A. PREAMBULE**



## 1. Définitions

Initialement évoquée sous le terme de **transfert de compétences**, cette redéfinition des contours des métiers de la santé a depuis été successivement rebaptisée **délégation de tâches**, partage des tâches ou encore coopération interprofessionnelle selon les interlocuteurs.

### 1.1. Transfert de compétences

Le transfert de compétences est défini comme l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre. **Les activités sont alors confiées dans leur totalité, y compris en terme de responsabilité**, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont autonomes dans la décision et la réalisation de ces actes.

### 1.2. Délégation de tâches

Dans le concept de délégation de tâches, **les professionnels qui délèguent gardent la responsabilité des actes délégués**, même si ces derniers sont effectués par d'autres, selon des protocoles préétablis. Ce schéma implique une coopération optimale entre les différents protagonistes.

Pour la plupart des professionnels concernés, ce concept semble faire l'unanimité, au moins dans un premier temps (*cf. annexe 10*). C'est pourquoi nous avons choisi d'employer le terme de délégation de tâches au cours de nos entretiens.

### 1.3. Compétences professionnelles

Quel que soit le terme choisi, il est primordial que le professionnel qui se voit déléguer ou transférer un acte de soin possède les compétences nécessaires, c'est-à-dire la **combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation**, tel que l'a établi le Pr. Yves Matillon dans son rapport de 2006 **(2)**. En effet, la notion de compétence traduit la capacité d'un professionnel à combiner ses ressources propres pour agir dans une situation précise ; elle renvoie à la personne qui l'a acquise et qui la possède et **ne saurait donc être déléguée**. *Cf. Annexes 1 et 2 : compétences des médecins généralistes et des IDE.*

## 2. Situation démographique actuelle et à venir

### 2.1. En France

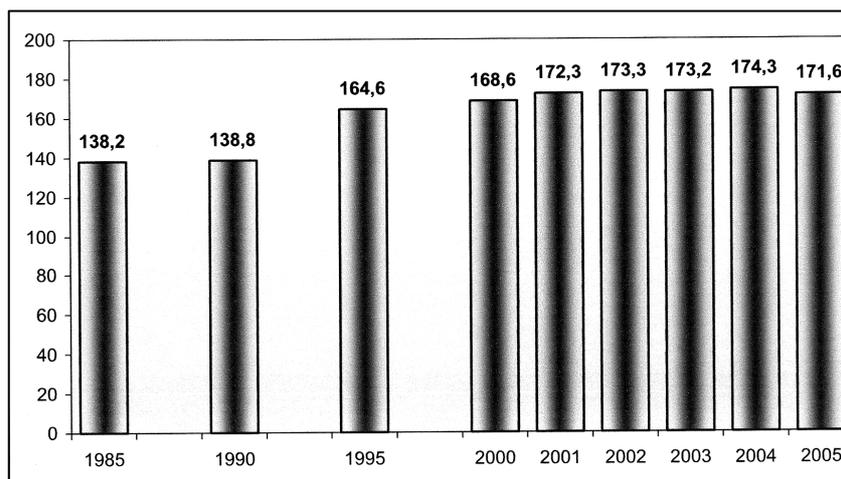
#### 2.1.1. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la médecine générale

Dans une étude réalisée par le CNOM en 2006 (3), la médecine générale considérée comme une spécialité en crise par nombre d'experts a été analysée précisément, afin de pouvoir établir un profil démographique détaillé. Voici les principaux résultats issus de ce rapport.

##### 1) *Evolution des effectifs*

Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, on dénombre 104 783 généralistes en activité pour la métropole, ce qui correspond à une densité médicale de **172 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2005**. Celle-ci étant passée de 138 à 172, on a assisté à une **croissance d'environ 25% en 20 ans, mais avec une baisse sensible de 2,7 points par rapport au 1<sup>er</sup> janvier 2005**. Cette diminution peut s'expliquer par une quasi-stagnation des effectifs de généralistes alors que la population française a progressé sensiblement en 2005.

Densité de médecins généralistes inscrits à l'ordre depuis 1985 (métropole – pour 100 000 hts)



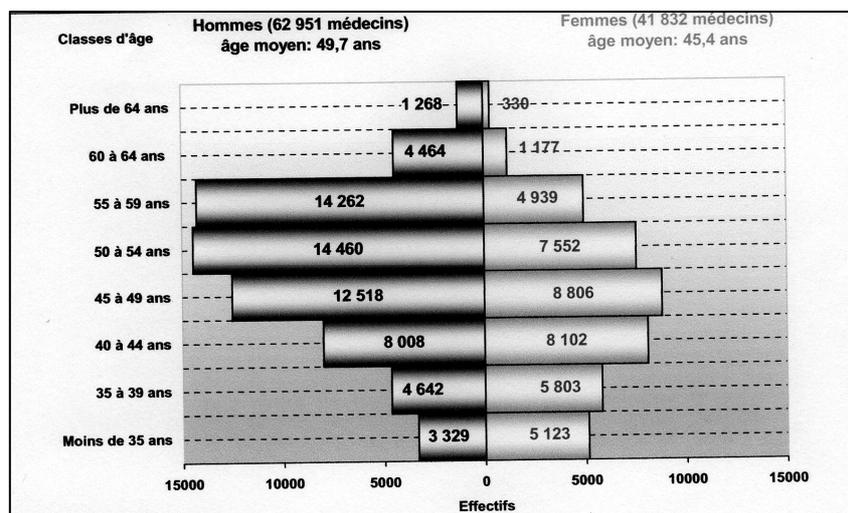
Source : CNOM au 01/01/2006

Si on s'intéresse uniquement aux **généralistes en activité régulière**, la densité n'est alors plus que de **154 médecins pour 100 000 habitants**, ce qui donne une image plus réaliste de l'offre de soins sur le territoire.

## 2) Profil démographique des médecins généralistes en activité

L'âge moyen des généralistes en activité est de **48 ans**. Le rétrécissement à la base de la pyramide des âges traduit un **vieillessement marqué** de la population médicale, qui peut poser problème dans l'organisation du système de soins.

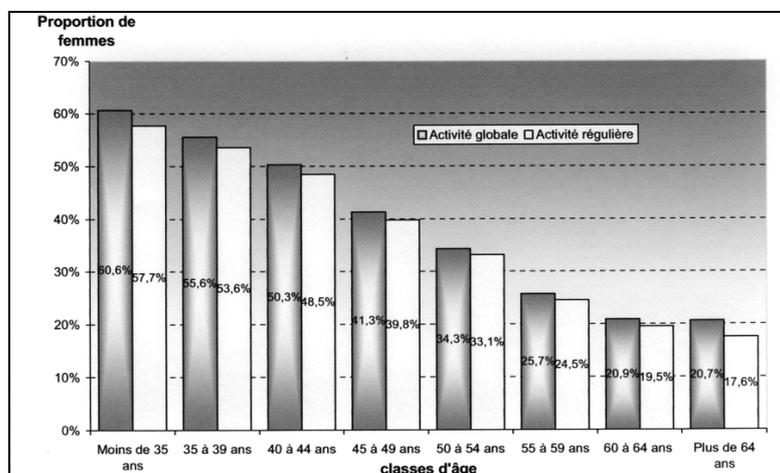
Pyramide des âges des médecins en activité - Métropole



Source : CNOM au 01/01/2006

Les **femmes** représentent **39,9%** des généralistes actifs ; elles sont aujourd'hui majoritaires dans les générations de moins de 40 ans et cette évolution se confirme avec la féminisation des étudiants en médecine. Les femmes choisissant plus fréquemment une **activité à temps partiel** afin de concilier vie professionnelle et vie familiale, cette féminisation accrue devrait conduire, selon le CNOM, à réviser à la hausse l'appréciation de l'effectif nécessaire pour garantir à la population un bon accès aux soins primaires.

Médecins généralistes, total en activité et en activité régulière :  
Proportion de femmes par tranche d'âge (Métropole)



Source : CNOM au 01/01/2006

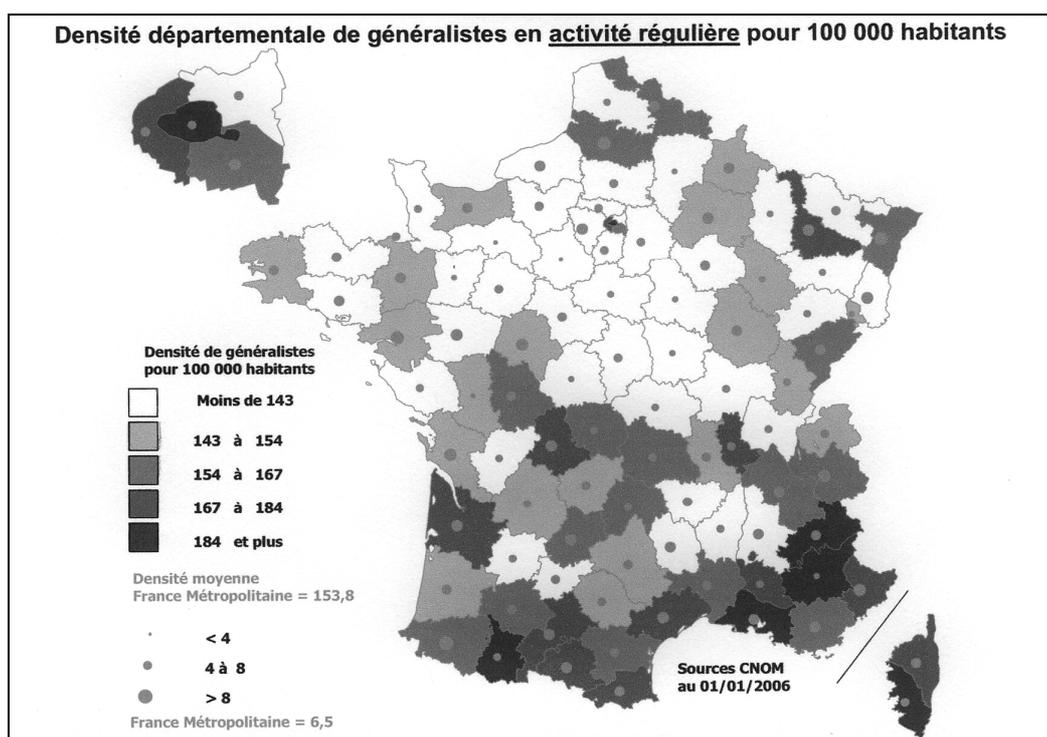
### 3) Cadre d'activité et mode d'exercice

Parmi les 104 783 généralistes en activité, on dénombre uniquement **56 784 médecins libéraux exclusifs** et **6 210 médecins avec une activité mixte** (libérale et salariée).

Par ailleurs, 10 966 généralistes (soit plus de 10%) n'ont pas d'activité déclarée et 14 599 ont une compétence spécifique, c'est-à-dire qu'ils n'exercent pratiquement plus la médecine générale. Cf. *annexe 3*. On peut donc considérer qu'un peu moins de 80 000 médecins pratiquent réellement la médecine générale et qu'ils ne sont qu'un peu plus de **67 000 à l'exercer en activité régulière**.

### 4) Répartition géographique

La répartition sur le territoire est problématique puisque particulièrement **inégalitaire**, surtout à des niveaux géographiques fins. Globalement, **le sud de la France se singularise par une forte densité médicale**, en rupture avec le nord. Si on considère les seuls médecins généralistes en activité régulière, seuls 4 départements ont une densité supérieure à 143 (Paris, Hautes-Pyrénées, Hautes-Alpes et Corse du Sud) et 36 départements ont une densité inférieure à 100.

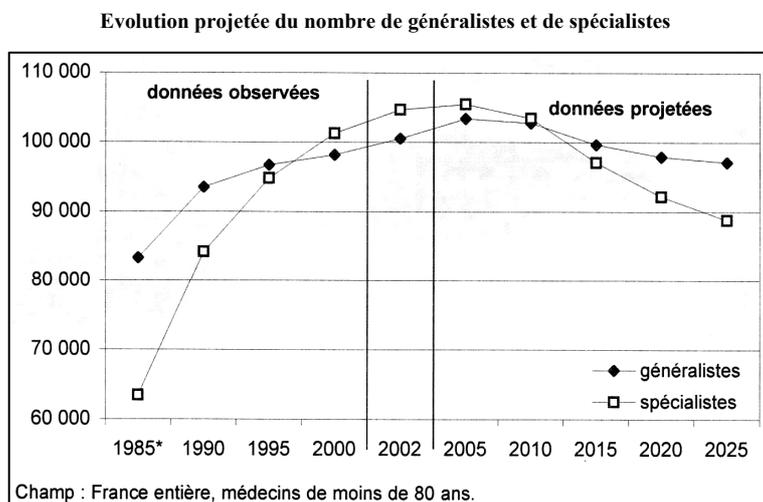


**Des effectifs beaucoup plus bas que ceux déclarés** du fait du vieillissement et de la féminisation, de l'acquisition de compétences spécifiques et du nombre de médecins n'exerçant pas, et surtout **une répartition géographique disharmonieuse** : autant d'éléments qui nous permettent d'avancer que dès aujourd'hui, **la médecine générale est en crise, en particulier le secteur libéral.**

### 2.1.2. Démographie médicale à l'horizon 2025

En 2004, la DREES publia les résultats d'une étude réactualisant les projections effectuées en 2002 concernant le nombre de médecins en activité à l'horizon 2025 (4). Cette étude s'appuie sur un scénario central (Cf. annexe 4) fondé sur l'hypothèse de comportements inchangés dans l'avenir et d'un numerus clausus maintenu à 7 000.

D'une manière globale, le nombre de médecins en activité passerait de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025, la densité globale passant de 335 à 283. Notons également que l'âge moyen des médecins progresserait jusqu'en 2015, passant de 47,5 ans à 50,6 pour revenir en deçà de 47 ans en 2025 avec une proportion de femmes qui continuerait à croître. **Pour la médecine générale, les projections semblent plus rassurantes** que pour les autres spécialités. Ainsi, avec l'hypothèse d'un nombre de postes de spécialistes en troisième cycle égal à la moitié du numerus clausus cinq ans auparavant, c'est-à-dire que **50% des postes à l'issue des ECN seraient dédiés à la médecine générale**, les effectifs des généralistes devraient moins diminuer que ceux des spécialistes. Le nombre de généralistes passerait de 100 500 à 97 100, soit une **diminution de 3,4% contre 15,1% pour les autres spécialités.**



Sources : ADELI redressé au 31/12/02, projection DREES

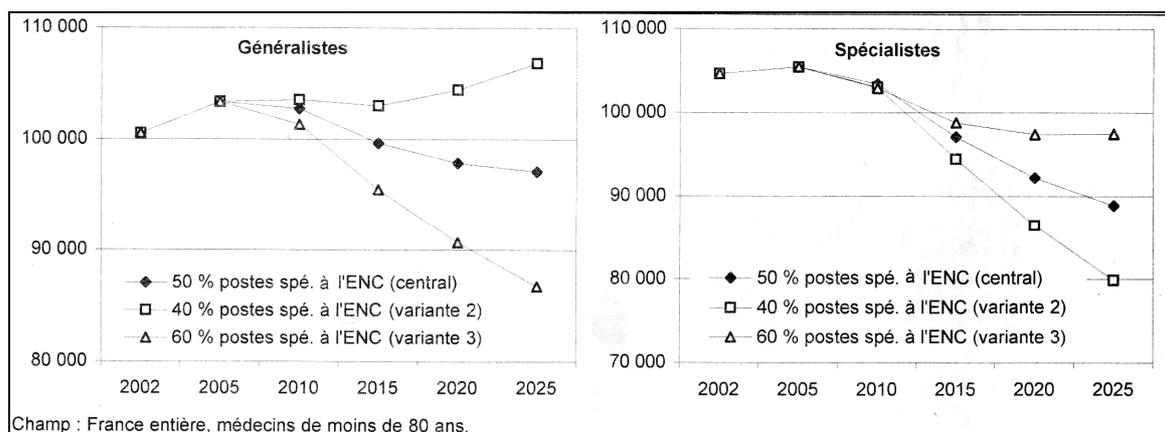
Deux des variantes étudiées par la DREES permettent d'estimer l'impact qu'aurait une modification de la proportion entre postes de médecine générale et autres postes de spécialités aux ECN :

-une **diminution du nombre de postes de spécialistes à 40%** en faveur de la médecine générale aboutirait à une **stabilisation du nombre de généralistes** mais à un recul de 24% de celui des spécialistes ;

-à l'inverse, une **augmentation du nombre de postes des autres spécialités à 60%** du numerus clausus conduirait à une **diminution du nombre de spécialistes moindre que celle des généralistes**.

Pour que les effectifs évoluent de manière identique entre généralistes et spécialistes, il faudrait un ratio entre nombre de postes de spécialistes et de généralistes voisin de 56% aux ECN.

Evolution des nombres de généralistes et de spécialistes selon le ratio entre le nombre de places de spécialistes à l'examen national classant et le numerus clausus cinq ans auparavant (variantes 2 et 3)



Sources : ADELI redressé au 31/12/02, projection DREES

Ces projections s'avèrent donc plutôt rassurantes en théorie mais en raison du non choix de la médecine générale aux ECN, le scénario central pourrait bien s'orienter vers une deuxième variante encore plus pessimiste pour la médecine générale.

### 2.1.3. Des limites à ces projections rassurantes...

Selon l'ISNAR-IMG, syndicat représentatif des internes en médecine générale, qui a beaucoup travaillé sur le sujet, la **répartition 50/50 entre postes de médecine générale et postes des autres spécialités**, hypothèse principale au cœur de cette étude, est encore **loin d'être acquise** à l'issue des ECN (5).

En effet, depuis 2004, année des premières ECN, près de **2500 postes de médecine générale n'ont pas été choisis** par les étudiants de deuxième cycle, ceux-ci préférant souvent retenter leur chance l'année suivante. Ce sera donc autant de médecins généralistes potentiels qui n'auront pas été formés ces 4 dernières années !

Il serait donc intéressant de tenir compte de cette **désaffection des étudiants** pour notre discipline, comme l'atteste une thèse effectuée en janvier 2007 auprès d'étudiants lyonnais en DCEM 4 (6). Ce non choix serait ainsi principalement lié aux conditions d'exercice difficiles mais aussi **à une méconnaissance et une absence de reconnaissance** de cette nouvelle spécialité : absence de stage de médecine générale en DCEM et une filière universitaire toujours absente quatre ans après la création du DES de médecine générale...

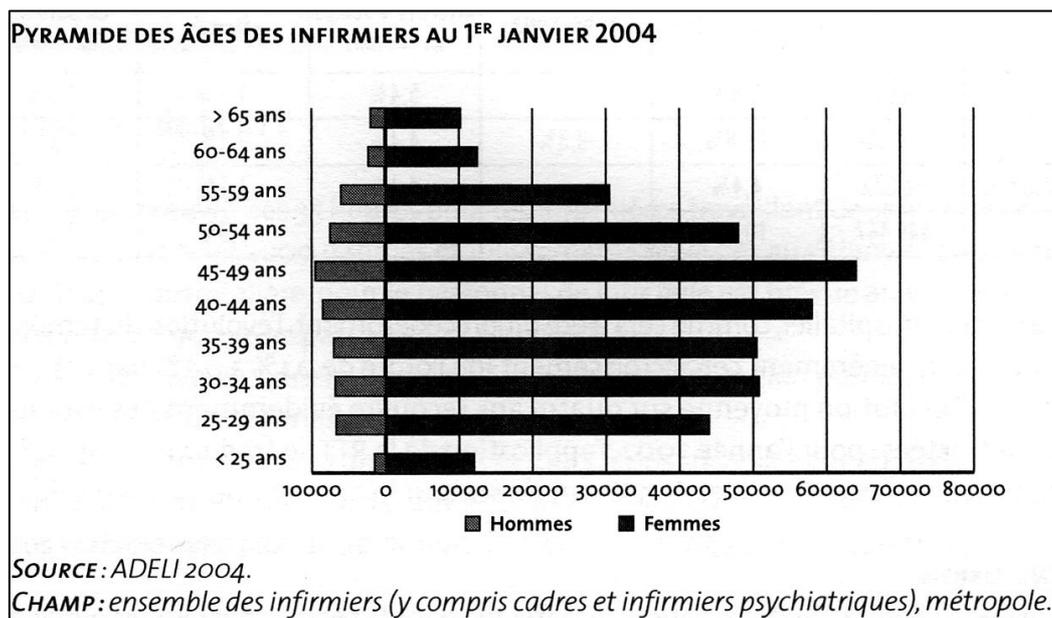
Autant dire que **la situation démographique pour la médecine générale**, d'ores et déjà en crise, pourrait **très vite s'aggraver** si rien n'est fait pour rendre notre discipline plus attractive aux yeux des étudiants en médecine.

### 2.1.4. Démographie nationale des infirmières

Dans le rapport 2004 de l'ONDPS (7), le répertoire ADELI recense au total **446 000 infirmières** dont 74 % exercent dans les hôpitaux et cliniques, 12 % sont salariées en dehors du secteur hospitalier (établissements médico-sociaux, collectivités locales, Education Nationale, sociétés d'intérim, entreprises...) et seulement **14 % sont libérales**.

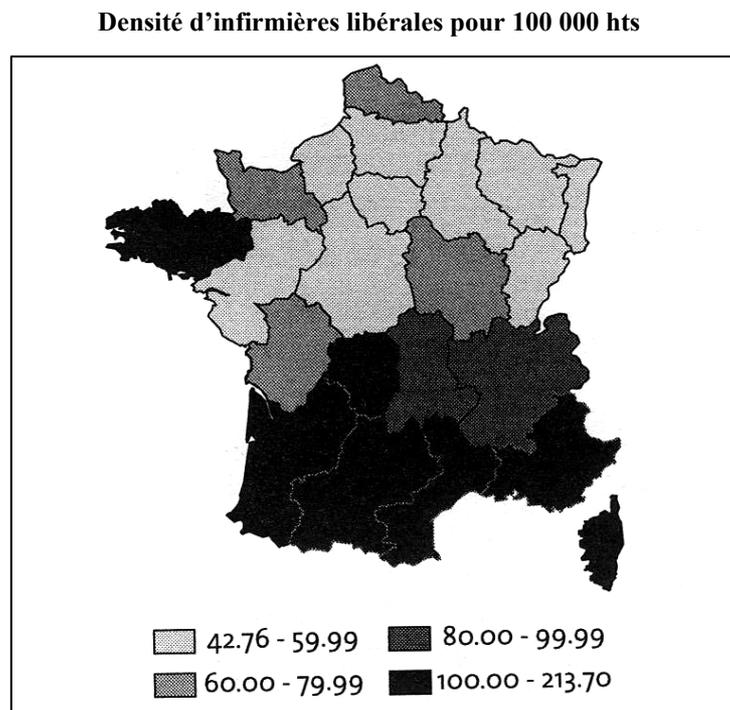
Si nous examinons de plus près l'évolution des effectifs d'infirmières libérales entre 1999 et 2003, nous pouvons observer **une évolution totale de 5,4 %** passant de 51 226 en 1999 à 54 014 en 2003.

Parallèlement, nous pouvons constater que même si la part des hommes a doublé ces 30 dernières années, **87 % des infirmiers restent des femmes**.



On remarque également un vieillissement important de la population infirmière avec **un âge moyen** qui est passé de 34 ans en 1983 à **42,4 ans** début 2004.

Le constat général de l'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire français s'applique aussi aux infirmières et **les inégalités sont plus importantes pour les infirmières libérales, les densités régionales variant de 1 à 5**. Le clivage Nord / Sud est encore plus marqué que pour l'ensemble de la profession, et là encore les écarts se sont creusés avec le temps.



Source : SNIR-Eco-Santé régions et départements

## 2.2. En Franche-Comté

Après avoir étudié la situation nationale, intéressons nous maintenant à la démographie médicale et paramédicale à un échelon plus fin, celui de la région. En effet, en France, il existe **de grandes disparités interrégionales mais aussi infrarégionales** en termes de densité et d'activité des médecins généralistes libéraux, ce qui influe irrémédiablement sur l'offre de soins de premier recours.

En 2004, une étude menée par plusieurs organismes régionaux (URCAM, DRASS, ARH, ORS et INSEE) a permis de collecter un certain nombre d'éléments intéressants, concernant la santé en Franche-Comté **(8)**. Nous nous appuyerons sur les résultats de cette étude ainsi que sur la réactualisation des données effectuées en 2006 **(9)**.

### 2.2.1. Démographie des médecins généralistes libéraux

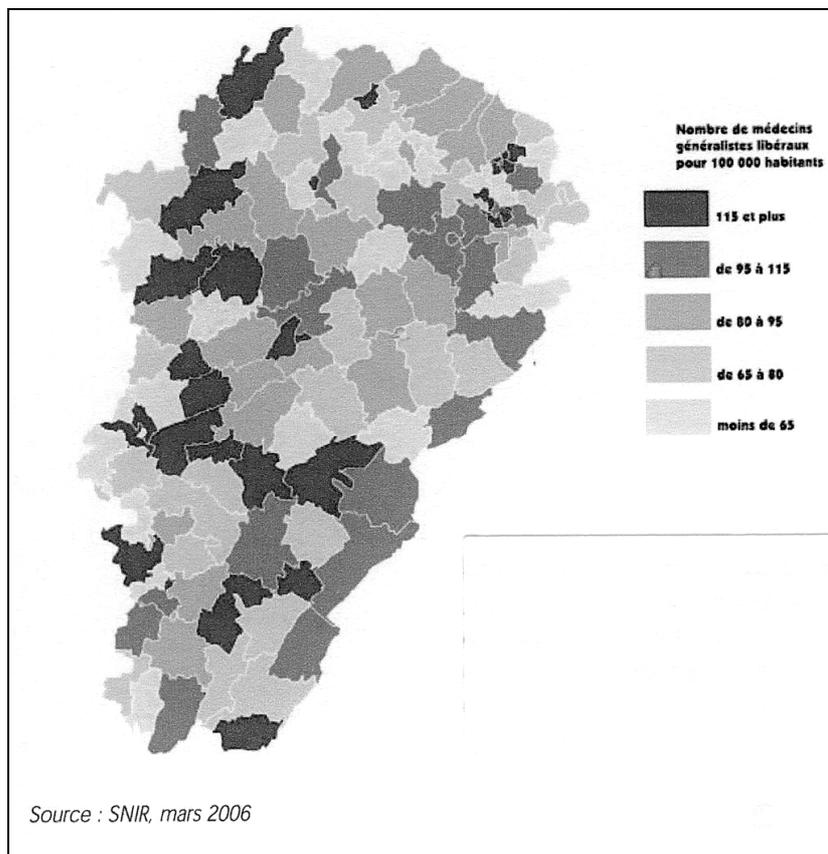
#### 1) Densité des médecins généralistes libéraux

Alors qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2005, **la densité nationale est de 113 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, elle est de 107 en Franche-Comté.**

A l'échelon départemental, elle est de 116 dans le Doubs, 100 dans le Jura, 99 en Haute-Saône et 101 dans le Territoire de Belfort.

Globalement, le Doubs est le département le mieux doté en médecins généralistes mais comme l'atteste la carte suivante, **les écarts sont notoires entre villes et campagnes au sein d'un même département**, ce qui fait peser des risques de désertification en zone rurale.

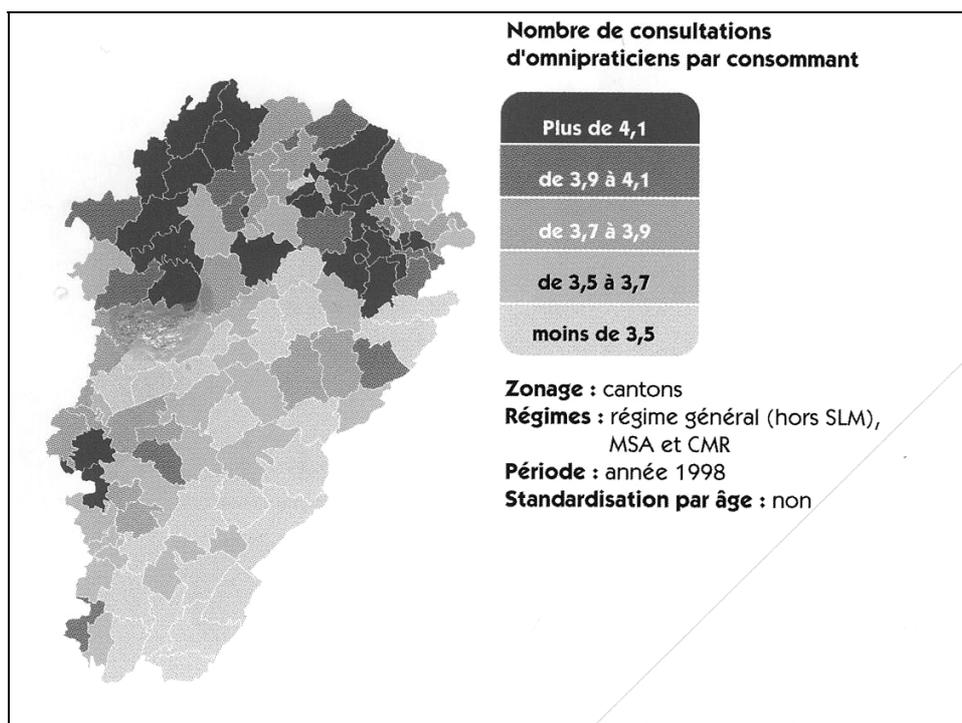
Densité des médecins généralistes libéraux en Franche-Comté



## 2) Consommation médicale

La consommation médicale est sensiblement **plus importante** dans les cantons pour lesquels les **populations âgées** sont plus présentes.

### Nombre de consultations de médecins généralistes par consommant et par canton



## 3) Contexte sociodémographique

Au 1<sup>er</sup> mars 2006, **34,2%** des généralistes francs-comtois ont **plus de 55 ans**. En raison notamment d'un numerus clausus qui a stagné pendant plusieurs années, leur départ ne sera pas forcément compensé par des médecins plus jeunes.

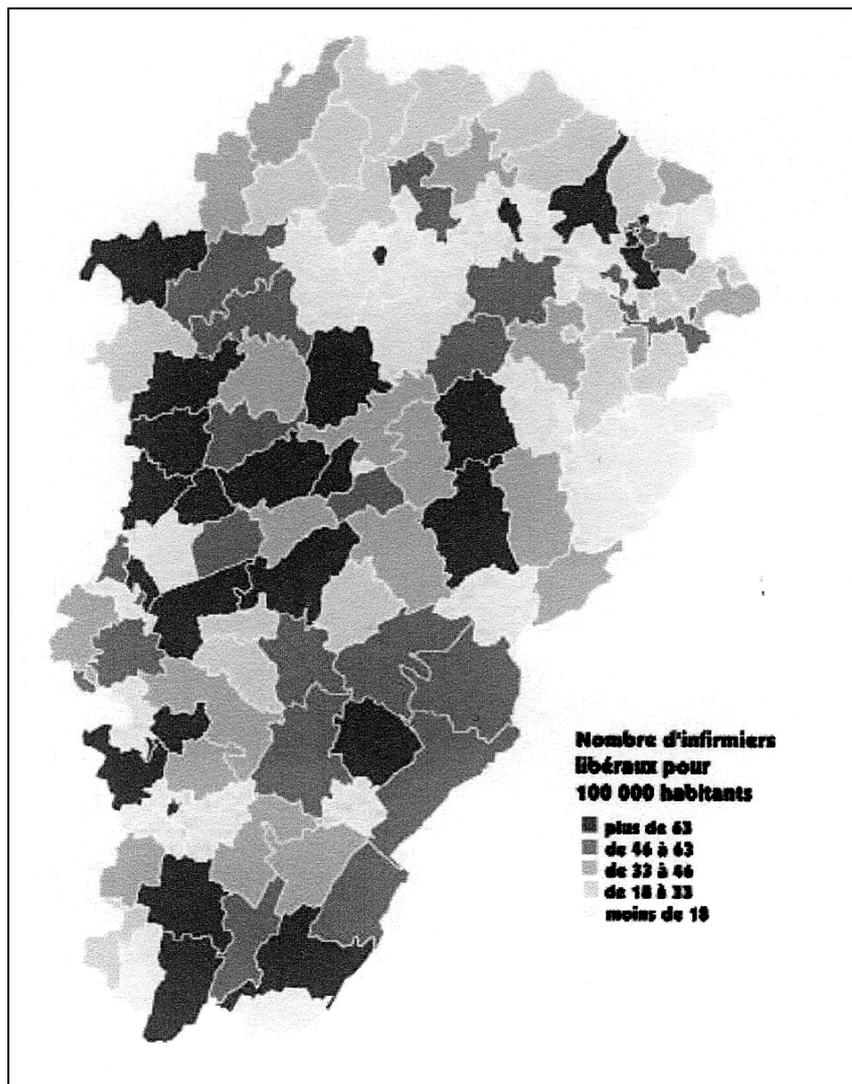
Les **femmes** représentent **26,3%** de l'effectif des généralistes dans la région et seront de plus en plus nombreuses (actuellement majoritaires chez les étudiants en médecine).

### 2.2.2. Démographie des infirmières libérales

Pour les infirmières libérales, la Franche-Comté se situe dans les cinq derniers rangs avec une **densité moyenne de 77** alors qu'elle est de **108 pour 100 000 habitants au niveau national**. Pourtant, l'ensemble de la profession infirmière est très bien représenté en Franche-Comté puisque la densité totale est supérieure de 14% par rapport à la moyenne nationale. Par contre, la part des infirmiers libéraux n'est que de 9% dans notre région pour 14% en moyenne nationale.

Tout comme pour les médecins généralistes, **la répartition est très inégale à l'échelon infrarégional**.

Densité des infirmiers libéraux en Franche-Comté



Néanmoins, comme le souligne cette même étude, il est difficile d'appréhender exactement combien il existe d'infirmières sur un secteur donné. En effet, les infirmières libérales ne sont pas les seules à intervenir dans les soins : sur une zone, une densité d'infirmières faible peut être compensée par la présence de **structures de soins à domicile tels que les SSIAD**. Il ne faut donc pas s'en tenir uniquement au nombre de libéraux pour considérer l'offre de soins infirmiers. En outre, les infirmières ont souvent un parcours varié (activité salariée, activité libérale, période inactive, remplacements...), ce qui rend d'autant plus **difficile une projection dans l'avenir**.

Notre région est également confrontée à une situation particulière du fait de sa proximité avec la Suisse. Certains secteurs rencontrent un problème de « **fuite** » **des infirmières libérales vers la Suisse** où la profession infirmière salariée y est mieux rémunérée qu'en France. En outre, la « pénurie » d'infirmières libérales se répercute sur les centres de soins ou encore les aides à domicile. Du côté des infirmières, elles font également savoir qu'elles éprouvent des difficultés à se faire remplacer et qu'elles sont « débordées ».

Au total, la région présente une situation contrastée : avec **un profil moyen en termes de démographie des médecins généralistes**, elle est **plus défavorisée du côté des infirmières libérales**.

Ce constat est d'autant plus important, dans le cadre de la délégation de tâches, qu'il s'agit de professionnels paramédicaux à qui un certain nombre d'activités traditionnellement effectuées par les médecins généralistes pourraient être déléguées. En effet, il apparaît **plus difficile de mettre en place des coopérations interprofessionnelles efficaces dans des zones de faible densité en infirmières** alors que cela semble tout à fait envisageable dans les zones où les infirmières exercent en nombre suffisant.

### **3. Plusieurs rapports ministériels en faveur d'une redéfinition des contours des métiers**

Afin de répondre en partie aux problèmes de démographie médicale en France, et notamment à la pénurie relative en médecins, mais aussi dans un souci de conservation voire d'amélioration de la qualité des soins, des réflexions se sont progressivement opérées autour de la délégation de tâches.

#### **3.1. Mission « Démographie des professions de santé »**

En novembre 2002, une mission ministérielle présidée par le Pr. Yvon Berland (1) a constaté un certain nombre d'anomalies qui nécessitaient d'entamer une réflexion sur le sujet :

- de nombreux **chevauchements entre activités** parmi plusieurs professions de santé, ce qui crée des redondances inutiles et des pertes d'efficacité pour les professionnels concernés ;
- **l'acquisition au fil du temps de compétences et de savoir-faire beaucoup plus larges**, les amenant à développer leur pratique sans pour autant déléguer à d'autres professionnels ce qui pouvait l'être ;
- **un cloisonnement majeur du monde médical**, et ce dès la formation initiale, avec une méconnaissance importante des différents acteurs entre eux, ce qui freine forcément les collaborations et les délégations de tâches.

A l'issue de cette mission, plusieurs propositions ont d'ailleurs été rédigées, afin de faire évoluer les métiers de la santé et d'optimiser le service rendu aux patients :

- **redéfinition des contenus et des champs de compétences**, afin de gommer les dérives et les chevauchements d'activités entre professionnels de santé. Pour les médecins, ces propositions auraient pour but de leur permettre de se recentrer sur les activités spécifiques pour lesquelles ils ont été formés, et où leur compétence est indispensable, en déléguant certaines tâches à d'autres professions médicales ou paramédicales dont plusieurs sont à créer. Les infirmières, sous réserve d'une formation complémentaire, pourraient ainsi accéder à d'autres corps de métier, à condition d'être également soulagées en partie de certains actes par les aides soignantes.

- **création de passerelles professionnelles** pour répondre de manière rapide à l'exigence de nouveaux besoins de santé publique, au désir de réorientation de certains professionnels et au souhait légitime de promotion professionnelle de certains acteurs qui veulent valoriser leurs acquis. Ceci permettrait par exemple aux professions paramédicales d'accéder à de nouveaux métiers, par le biais de masters professionnels, auxquels les médecins devraient déléguer une partie de leur activité actuelle.

- **évolution de la formation** aux métiers de la santé, afin d'introduire une culture commune et pour certaines professions, la possibilité d'accéder à d'autres niveaux de formation (réflexion autour de la réforme de la première année des études de santé).

### 3.2. Rapport Descours

Dans son rapport datant de juin 2003 **(10)**, le sénateur Charles Descours réaffirmait **l'urgence d'entamer une réflexion sur les contours des métiers**, avec les principaux acteurs concernés.

### 3.3. Rapport sur la coopération des professions de santé

C'est dans cette perspective que le Pr. Yvon Berland fut à nouveau mandaté en 2003 pour analyser les coopérations interprofessionnelles existant dans d'autres pays, et qui pourraient être mises en œuvre dans notre système de soins **(11)**. Il rédigea ainsi un certain nombre de propositions en ce qui concerne la délégation de tâches.

Il définit avant tout un éventail de grands principes à respecter :

- **modification ou allongement de la durée de formation** pour les professions existantes, et création d'une formation théorique et pratique de qualité pour les nouveaux métiers ;
- **mise en place d'une collaboration étroite** entre médecins et acteurs paramédicaux, notamment dans le cadre d'exercice en groupe. Il précise également que le médecin qui transfère l'activité médico-technique doit garder la **responsabilité** de la prescription et des actes.

- **définition du champ de compétence** des acteurs paramédicaux, avec des textes réglementaires qui doivent décrire les contours des métiers et donner aux acteurs les moyens d'exercer leur profession pleinement, en fonction d'une compétence acquise au travers d'une formation qui aura au préalable défini ses objectifs ;
- **création d'une formation continue** pour tous les acteurs (au même titre que la formation médicale continue) ;
- **revalorisation de l'investissement intellectuel** indispensable, aux dépens de l'acte médico-technique.

Il précise également que les transferts de compétences doivent être faits sur des **acteurs paramédicaux bien identifiés** dont il faudra toutefois, soit assurer le complément de formation, soit revoir la formation.

Le transfert doit également pouvoir s'effectuer en faveur de **nouveaux métiers de soins** tels que les « infirmières cliniciennes spécialisées » qui pourraient, après leur licence, atteindre le grade de master. Elles pourraient ainsi assumer différentes missions :

- participation au suivi en consultation des maladies chroniques ;
- coordination des examens de suivi et de reconduction ;
- suivi de la bonne exécution des traitements et surveillance de leur tolérance ;
- prévention, éducation et dépistage.

Il conclut son rapport en évoquant les **expérimentations** à débiter dans ce domaine, ainsi que l'indispensable **concertation** à organiser pour avancer vers un transfert de compétences dans quelques domaines d'activités.

### 3.4. Mission de la HAS

A la suite du rapport sur la coopération des professions de santé, plusieurs autres missions ministérielles ont été menées sur le sujet, afin de préciser davantage les modalités selon lesquelles une délégation ou un transfert de compétences pouvaient être envisagés dans notre pays. Parallèlement, comme nous le verrons dans les chapitres 4.2.1 à 4.2.3, les premières expérimentations ont été menées dès l'année 2005.

Néanmoins, il aura fallu attendre début 2007 pour que les réflexions sur le sujet ne s'accélérent, avec la création d'une nouvelle mission ministérielle confiée à la HAS, en collaboration avec l'ONDPS (12). Cette mission a pour but d'élaborer une « **recommandation visant à clarifier les conditions de coopération** dans le domaine de la santé et **d'identifier les évolutions qui pourraient la faciliter** afin de préserver, voire d'améliorer la qualité des soins ».

Afin d'établir cette recommandation sur les conditions de faisabilité et de généralisation des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, la HAS s'appuiera sur :

- l'évaluation de **11 nouvelles expérimentations** qui devrait permettre d'apporter les éléments empiriques indispensables à une réflexion plus générale, notamment en ce qui concerne les questions organisationnelles et humaines ;
- l'enseignement des **expériences étrangères** ;
- la constitution de 3 **groupes de travail** ayant pour but d'étudier les aspects réglementaires et juridiques, les aspects financiers et économiques, et enfin la formation professionnelle ;
- une large **concertation publique** avec les professionnels de santé.

A l'issue de cette mission, dont les résultats sont attendus pour la fin 2007, les conditions de la coopération (telles que la **définition des rôles, des identités et des responsabilités** de chacun) mais aussi les évolutions règlementaires et professionnelles indispensables (telles que la **reconnaissance de la délégation de tâches ainsi que la création éventuelle de nouveaux métiers**) devraient être précisées.

## **4. Délégation de tâches en soins primaires : état des lieux en France et à l'étranger**

### 4.1. A l'étranger : une pratique éprouvée

Dans de nombreux pays, et notamment les pays anglo-saxons, la délégation de tâches dans le domaine des soins primaires est devenue une pratique courante, et ce depuis une trentaine d'années.

#### 4.1.1. Bref historique

Déjà en 1969, P. Jones (13) décrivait l'introduction d'un professionnel infirmier et la faisabilité d'un transfert de tâches du médecin vers l'infirmière, ainsi que l'impact sur la charge de travail des médecins généralistes.

En 1977, RS Lawrence et GH De Friese montraient, dans une étude réalisée auprès de tous les médecins généralistes de Caroline du Nord (14), un réel souhait d'inclure au sein de leurs cabinets une « nurse practitioner » ou infirmière praticienne afin d'expérimenter ce concept de la délégation de tâches.

En 1979, la délégation de tâches devient plus courante aux Etats-Unis mais essentiellement pour les tâches nécessitant pas ou peu de supervision, c'est-à-dire des tâches non médicales. On parle alors surtout de « physicians' assistant » ou auxiliaires médicales (15).

Depuis les années 80, la délégation de tâches et de compétences continue à s'installer progressivement dans les pays anglo-saxons et l'Amérique du Nord. Elle y est de plus en plus expérimentée en médecine générale puis s'organise : **modification de la législation et de la réglementation professionnelle**, mais aussi **réforme des études** pour les professions paramédicales.

En quelques années, nous assistons ainsi à une nouvelle organisation du travail dans le domaine des soins primaires, notamment à la création de **nouveaux métiers** tels que celui d'infirmière praticienne. Celles-ci **effectuent alors des actes normalement réservés aux médecins et encadrés par des protocoles précis** (exemple du Royaume-Uni) : diagnostic, prescription et traitement des problèmes de santé courants **(11)**.

#### 4.1.2. Efficacité et efficacité du partage de compétences dans les soins primaires à l'étranger

En 2003, dans le cadre d'une étude pour le CREDES, Fabienne Midy a étudié l'efficacité et l'efficacité de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières dans ces mêmes pays, à partir d'une **revue de la littérature de 1970 à 2002 (16)**.

Elle s'est ainsi intéressée de près aux études concernant trois types d'actions dévolues aux nouvelles compétences des infirmières :

- promotion de la santé (bilans de santé, éducation et dépistage) ;
- consultations infirmières dédiées à la prise en charge de maladies chroniques ;
- consultations infirmières de première ligne qui accueillent des patients avec des problèmes indifférenciés non diagnostiqués.

Les études publiées sont d'une qualité très variable mais permettent de confirmer d'une part que les patients sont satisfaits par les services des infirmières, et d'autre part que la qualité des soins est assurée.

Pour **la promotion de la santé**, l'efficacité semble la même pour médecins et infirmières, mais les bénéfices en population générale des actions de dépistage ne sont pas démontrés.

Dans le cadre du **suivi de pathologies chroniques stabilisées**, la mise en place d'une prise en charge proactive s'est traduite par une amélioration de l'état du patient, et par un impact non négligeable sur l'organisation des cabinets (redistribution des charges de travail, diminution du nombre de visites et de consultations en urgence).

Quant-aux **soins infirmiers de première ligne**, les patients expriment une satisfaction plus forte avec des processus de soins différents : des cas qui ne sont pas les mêmes, une durée de consultation plus longue et plus d'examens complémentaires prescrits pour les infirmières, aucune différence en ce qui concerne le taux de prescription, la plupart des consultations étant gérées de manière autonome par les infirmières (73 à 95%).

En ce qui concerne la **problématique de l'efficience**, elle ne peut pas se résumer à une simple réduction des coûts par les salaires, qui sont moindres pour les infirmières. En fait, 3 facteurs vont déterminer si la délégation est efficiente ou non : l'échelle de salaires à laquelle s'ajoutent les coûts de formation, la productivité des différents professionnels et le volume des services qui peut être délégué.

Ainsi, même si la plupart des travaux **prouvent la faisabilité et l'efficacité du transfert de compétences, l'efficience n'est pas toujours clairement démontrée**. Il semble par ailleurs difficile de transposer à la situation française des études menées dans des contextes de systèmes de santé différents.

#### 4.1.3. Comparaison de la participation des infirmières aux soins primaires dans différents pays

En complément de cette dernière étude, un rapport de l'IRDES en octobre 2005 a permis de comparer la participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec (17).

Tout d'abord, il est important de préciser que **l'organisation des soins primaires**, et notamment le mode d'exercice des médecins, diffère grandement selon les pays, ce qui détermine largement le rôle et l'activité des infirmières. Il existe ainsi une opposition très nette entre deux catégories de pays :

- les pays où, comme en France, les médecins exercent majoritairement **en cabinets individuels ou en groupes mono disciplinaires** (Allemagne, Pays-Bas, Italie, Canada) et où il existe peu d'exercices en commun entre médecins et infirmières dans le cadre des soins primaires, ou essentiellement à domicile, notamment pour les patients dépendants comme en Allemagne ;

- les pays caractérisés par **une pratique majoritaire de groupe, en coopération avec d'autres professionnels de santé** (Royaume-Uni, Suède, Finlande). Dans ces pays, la place des infirmières dans les soins primaires est essentielle, allant de la promotion de la santé au suivi de pathologies chroniques, en passant par la régulation téléphonique et les consultations de premier recours. La prescription infirmière y est d'ailleurs très étendue surtout au Royaume-Uni où une revue récente de la littérature montre une satisfaction générale des patients et des prescripteurs, tout en relevant certaines limites ouvrant sur des évaluations complémentaires.

La **densité médicale est également liée au plus ou moins grand développement des rôles infirmiers** : quand la densité médicale est élevée comme en Italie ou en Allemagne, les rôles infirmiers sont peu développés, et inversement comme au Royaume-Uni ou au Canada. A noter que dans certains pays comme l'Allemagne ou les Pays-Bas, ce sont d'autres professionnels de santé spécialement dédiés aux médecins, les assistants médicaux, qui permettent d'accroître les services rendus par les cabinets de groupe.

Dans les pays où la coopération étroite entre médecins généralistes et infirmières existe, soit à titre expérimental (Italie, Ontario, Québec, Pays-Bas, Allemagne) soit de façon plus globale (Royaume-Uni, Suède, Finlande), cela ne s'est pas fait spontanément mais à la suite de **politiques volontaristes menées par les pouvoirs publics** pour faire évoluer le mode d'exercice traditionnel des professionnels de santé. Des **incitations financières** non négligeables ont d'ailleurs été consenties par les organismes d'assurance maladie ou les régions pour développer cette forme d'organisation de travail : financement de postes infirmiers par des enveloppes spécifiques ou soutien au développement de cadres d'exercice en commun.

Enfin, c'est principalement par le **développement de tâches nouvelles** (éducation, prévention, conseil, certaines prescriptions), dans le cadre de ces organisations collectives que la participation des infirmières aux soins primaires se développe, plutôt que par un transfert direct de tâches anciennement exercées par les médecins.

#### 4.2. En France : de très rares initiatives mais une réelle volonté des différents acteurs

En octobre 2003, date à laquelle le Pr. Yvon Berland publia les conclusions de son rapport sur l'analyse des coopérations interprofessionnelles existant dans d'autres pays **(11)**, les initiatives françaises dans ce domaine s'avèrent plutôt rares. Il s'agit surtout d'expériences locorégionales pour lesquelles la légitimité du transfert de tâches est venue de la compétence que les acteurs ont acquise au cours des années, sans aucune reconnaissance des pratiques effectuées.

##### 4.2.1. Etude de cinq expérimentations de délégation de tâches

Suite à la remise de ce rapport au ministère de la Santé, de nouvelles expérimentations ont été menées, à l'exemple de celles qui ont été étudiées dans le rapport de l'ONDPS de juin 2006 **(18)**.

Même si la plupart ne concernent pas les soins primaires, ces initiatives réalisées dans un cadre législatif et réglementaire précis ont permis de démontrer à la fois **la faisabilité, en toute sécurité pour les patients**, de la délégation de tâches dans les domaines abordés mais aussi **la motivation majeure des acteurs** médicaux et paramédicaux concernés.

L'étude de ces projets a également mis en évidence l'importance de la proximité pour l'efficacité de la coopération entre les professionnels de santé, **le parcours du patient étant optimisé au sein d'un lieu unique**.

Ce rapport a par ailleurs remis en question la définition des professions paramédicales par des actes différenciés. Il envisage **une autre définition des professions**, et de donner **plus de poids à la formation** en donnant des qualifications limitées.

Il a enfin été précisé, à l'issue de ces premières expérimentations, que la définition des nouveaux contours des métiers doit se dérouler **de manière progressive et organisée**, tant en ce qui concerne le passage de la délégation au transfert de compétences que pour la création de nouveaux métiers.

#### 4.2.2. Onze nouvelles expérimentations de délégation de tâches

Ces nouvelles expérimentations sont actuellement en cours d'évaluation par la HAS, en coopération avec l'ONDPS, puisqu'il s'agit d'une des missions qui leur ont été confiées par le ministère de la Santé dans le cadre du rapport sur « Les conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé » **(12)**.

Signalons que les 11 projets sont principalement hospitaliers (CHU, CHG et cliniques) et qu'**un seul projet est réalisé en médecine de ville : le projet ASALEE**. Néanmoins, au-delà de leur spécificité, on retrouve des objectifs communs : faire avancer une réflexion devenue incontournable sur le thème de la coopération entre professionnels de santé, afin d'améliorer la qualité des soins et valoriser les professions de santé.

#### 4.2.3. Projet ASALEE

Comme nous venons de le voir, très peu d'expériences ont été réalisées en cabinet de ville mais l'une d'entre elles mérite que nous nous attardions davantage. Il s'agit d'une étude expérimentale menée à l'initiative de l'URML Poitou-Charentes : le projet ASALEE (Action de SAnté Libérale En Equipe). Ce projet avait pour objectif d'éprouver la **faisabilité de la délégation d'activités en médecine générale, voire le développement d'activités nouvelles**, au sein de 3 cabinets de groupe. Notons que les pistes d'expérimentations se sont rapidement orientées vers les pathologies chroniques, et que les professionnels paramédicaux choisis dans cette étude ont été des infirmières salariées au titre de « collaboratrices de santé publique ».

Déjà les premières orientations collectées lors de la rédaction du rapport du Pr. Yvon Berland en 2003 **(11)** montraient un certain nombre d'éléments intéressants :

- un intérêt réel des médecins en ce qui concerne la délégation de tâches ;
- le développement en priorité d'activités de conseil, d'éducation, d'évaluation des risques, de réalisation de tests, de prévention individualisée et de gestion de l'information ;
- l'amélioration de la productivité mais surtout de la qualité du service rendu ;
- des patients qui mettent en avant la confiance et la relation individualisée au médecin mais qui acceptent le principe d'une délégation, à condition de conserver la possibilité d'accès direct au médecin.

En juillet 2005, la thèse de doctorat en médecine d'Emmanuelle Deleau (19) a permis de compléter le bilan de cette expérimentation innovante en France. En s'intéressant de plus près à la prise en charge du diabète de type 2, elle a pu tirer un certain nombre de conclusions qui s'inscrivent dans **un bilan global plutôt très satisfaisant.**

Elle a tout d'abord remarqué que la réorganisation du travail au sein des cabinets expérimentaux s'orientait vers deux axes :

- **une diversification des activités**, les infirmières réalisant des tâches qui ne leur sont habituellement pas attribuées, et qui souvent par manque de temps ne sont pas réalisées par les médecins généralistes ;
- **une augmentation des activités de promotion de la santé.**

Au-delà d'une nouvelle organisation de travail, cette expérimentation semble ouvrir la voie de **nouvelles opportunités professionnelles** pour les infirmières, ainsi qu'un nouveau mode relationnel avec le patient dans la prise en charge des pathologies chroniques, les soignants allant ici à la rencontre des patients.

En outre, en comparant les résultats du projet ASALEE dans la prise en charge biologique et clinique des patients avec ceux des études de référence, elle a prouvé que la délégation de tâches avait permis **une meilleure réalisation des recommandations de l'ANAES.**

Elle a ainsi pu conclure que la **prise en charge des pathologies chroniques s'était considérablement améliorée** avec le processus de délégation de tâches instauré dans le cadre du projet ASALEE.

Seule ombre au tableau, **la problématique du financement des infirmières**, indispensable à la pérennisation de telles expérimentations. Financement partagé entre médecins, collectivités locales dans le cadre d'une politique d'attractivité des cabinets éloignés et Assurance Maladie dans le cadre d'une politique de rémunération des actes de prévention ? Voici autant de pistes soulevées par l'auteur et à explorer pour faire en sorte que ces initiatives encore trop peu nombreuses dans les cabinets de ville puissent se multiplier et se perpétuer.

#### 4.2.4. Une réelle motivation des professionnels de santé mais...

De rares initiatives mais comme nous l'avons déjà vu, notamment dans le cadre du projet ASALEE, les acteurs médicaux et paramédicaux semblent réellement motivés par une réorganisation du travail qui fasse appel à la délégation de tâches.

D'une manière plus globale, lors des entretiens réalisés dans le cadre de son rapport sur la coopération des professions de santé (11), le Pr. Yvon Berland a constaté de la part des professionnels de santé concernés une prise de conscience générale autour d'une nécessaire coopération interprofessionnelle, tout en émettant **certaines réserves ou inquiétudes** :

- nécessité de définir clairement les missions et les rôles de chaque professionnel ;
- nécessité de coordonner les activités entre les différents acteurs ;
- crainte de voir apparaître des « super structures » ou des « dispensaires libéraux » ;
- nécessité d'une meilleure coordination entre médecins généralistes et spécialistes.

Néanmoins, il apparaît intéressant, pour les représentants de la médecine générale auditionnés, de pouvoir **former des assistants professionnels** (infirmières spécialisées) **spécifiques à la pratique de la médecine générale.**

Plus récemment, en février 2005, lors d'une étude réalisée par l'URML Rhône-Alpes, et avec le concours de l'ISNAR-IMG (20), ce sont **les internes de médecine générale** qui ont été interrogés sur la question. Il leur a été demandé s'ils étaient ou non favorables à un **transfert de compétences** en direction de paramédicaux n'exerçant pas sous le contrôle direct d'un médecin. Les résultats ont montré des opinions partagées puisque **60% des étudiants interrogés s'y déclaraient favorables** contre 38% qui déclaraient y être opposés. Remarquons qu'ils n'ont pas été interrogés sur le concept de délégation de tâches, sans perte de la responsabilité médicale, les résultats ayant été sans doute différents.

En février 2006, lors d'une étude réalisée auprès de 182 médecins généralistes installés en groupe en Normandie et Picardie (21), les résultats montrent que même si les médecins interrogés semblent prêts à déléguer certaines activités, ils sont plus **réticents à ce transfert de tâches que leurs collègues anglo-saxons**. Plusieurs raisons étaient ainsi avancées :

- l'organisation des soins primaires (notamment paiement à l'acte) ;
- une culture médicale autour de la relation duale dans le soin ;
- la trop récente prise de conscience du problème démographique et économique médical ;
- la démographie infirmière défavorable ;
- l'absence de cadre législatif ;
- l'absence de cadre autour de la formation de nouveaux professionnels acceptant de nouvelles missions ;
- l'absence de formation des médecins à la fonction de supervision indispensable.

Autant dire qu'il semble exister de nombreux freins à une généralisation de la délégation de tâches et de compétences. La motivation des professionnels de santé sera-t-elle suffisante pour contrer ces réticences ? L'étude qualitative que nous avons choisie de mener pourra nous donner des pistes supplémentaires, afin de creuser davantage cette problématique.

# **B. MATERIEL ET METHODES**



## 1. Type d'étude

Nous avons choisi d'effectuer **une étude de type descriptif par focus group, dans une démarche qualitative, auprès de médecins généralistes installés en Franche-Comté.** Ce type d'étude nous a semblé ici plus intéressant qu'une étude quantitative en raison, non seulement de la complexité d'un sujet peu abordé naturellement par les médecins généralistes, mais aussi de la possibilité de voir émerger au cours de la discussion des éléments fondamentaux qu'un questionnaire ne parviendrait pas à mettre en évidence.

Les **méthodes analytiques** quelles qu'elles soient, entretiens individuels ou focus group, permettent la rencontre et la recherche de vérité au sein des personnes **(22)**. Nous intégrons ainsi que chaque point de vue a son importance **(23)**.

Par ailleurs, nous avons choisi d'opter pour une étude par **focus group**. Dénommés également **entretiens collectifs**, « il s'agit d'entretiens de recherche, autrement dit de données discursives destinées à l'analyse, provoquées et recueillies par un chercheur sur des thèmes qu'il a déterminés et qui peuvent bien évidemment aussi concerner les enquêtés. Ces entretiens collectifs supposent également une prise en compte des interactions sociales qui se jouent dans le cadre collectif de la discussion. » **(24)**

Conçue dans les années 40 à l'initiative de sociologues anglo-saxons **(25)**, cette méthode utilisée initialement dans l'univers des sciences sociales s'est progressivement généralisée à toutes sortes de domaines variés, pour le recueil de données diverses.

Son intérêt majeur par rapport aux entretiens individuels couramment utilisés est de pouvoir **saisir les prises de position en interaction les unes avec les autres**. Cette technique permet ainsi de connaître les motivations profondes et pas toujours conscientes des différents intervenants, aboutissant souvent à **la divulgation de pratiques ou d'opinions généralement tenues sous silence**. Elle réduit également le contrôle exercé par l'enquêteur, en **transférant le pouvoir vers le groupe**. **(26)**

Cette méthode nous a semblé d'autant plus intéressante que le sujet de notre travail ne semble pas toujours faire l'unanimité auprès des médecins habituellement interrogés **(11)**.

## 2. Recrutement des médecins généralistes

Après avoir passé en revue les différentes procédures de recrutement qui s'offraient à nous lors de la réalisation de focus group (26), nous avons fait un certain nombre de choix, nous paraissant judicieux, afin de faciliter la réalisation de nos entretiens collectifs et ainsi permettre une analyse qui soit la plus pertinente possible.

### 2.1. Type de groupe

Nous avons choisi de constituer **des groupes naturels d'interconnaissance**, leur attribuant un caractère plus proche de la réalité de la vie quotidienne par rapport à des groupes artificiellement créés.

Nous avons ainsi voulu réunir au sein d'un même groupe des médecins généralistes issus d'une même zone géographique, plus précisément d'un **même secteur de garde**. Ces médecins ont l'habitude de travailler ensemble, de manière plus ou moins rapprochée, et de se rencontrer régulièrement.

### 2.2. Caractéristiques des groupes

Une des règles d'or, lors de la constitution des focus groups, est de veiller à ce qu'il existe au sein du groupe **un minimum d'homogénéité sociale** afin de faciliter la prise de parole de chacun. Notre étude visant les médecins généralistes, cette caractéristique obligatoire n'est pas problématique ici.

Nous avons voulu, dans la mesure du possible, créer **des groupes mixtes**, les femmes représentant désormais une proportion importante et toujours croissante des médecins généralistes installés.

La logique d'échantillonnage de l'ensemble doit tendre vers la diversification, d'où une logique de « segmentation », chaque groupe étant constitué autour d'un **critère commun**. Comme il nous était difficile de choisir entre 2 critères distincts pouvant moduler les résultats, il nous a semblé pertinent de choisir à la fois comme critère commun au sein d'un groupe **le lieu d'exercice** (urbain, semi rural ou rural), et **le type d'exercice** (isolé ou au sein de maisons médicales pluridisciplinaires).

### 2.3. Prise de contact

Pour notre étude, nous avons choisi de faire appel à **des personnes ressources**, issues des secteurs que nous voulions étudier. Afin d'avoir des personnes ressources motivées, nous avons contacté **des généralistes enseignants** que nous savions impliqués personnellement au sein de leur secteur de garde.

Nous leur avons expliqué **selon un protocole téléphonique préétabli** (*Cf. annexe 5*) le sujet de notre étude, le principe des focus group et notamment l'anonymat, ainsi que les caractéristiques des médecins que nous voulions recruter au sein de chaque groupe. Nous leur avons demandé s'ils pouvaient nous fournir le nom de plusieurs de leurs collègues intéressés par cette expérience, quelques dates pouvant leur convenir dans le courant des mois de mai et juin 2007 et un lieu adéquat pour l'organisation matérielle du groupe.

Nous leur avons également demandé s'ils acceptaient de **cosigner, avec notre directeur de thèse, un courrier adressé à chacun de leur confrère** (*Cf. annexe 6*). Ce courrier avait pour but de présenter notre démarche et de motiver leurs collègues, afin d'optimiser au maximum le taux de réponses positives de leur part.

Nous avons ensuite rédigé une **lettre explicative et motivée** (*Cf. annexe 7*), adressée à chacun des médecins généralistes choisis par la personne ressource pour les informer plus en détails de notre requête, et du fait que nous allions les recontacter courant avril 2007, afin de fixer avec eux une date qui convienne au plus grand nombre.

Les démarches de prise de contact auprès des personnes ressources se sont déroulées entre la mi-février et la mi-mars 2007. Les 2 courriers ont ensuite été envoyés conjointement fin mars 2007.

Durant le mois d'avril et les premiers jours de mai, nous avons procédé à **une relance téléphonique selon un protocole précis** (Cf. annexe 8), afin de pouvoir constituer des groupes de taille suffisante.

Enfin, courant mai, nous avons **téléphoné par deux fois à chacun des intervenants potentiels**, c'est-à-dire les médecins qui avaient répondu positivement ou plutôt positivement lors de la première relance téléphonique, afin de leur préciser la date et le lieu du rendez-vous, et ainsi éviter au maximum les désistements de dernière minute.

#### 2.4. Nombre et taille des groupes

A partir des conseils fournis dans l'ouvrage de Sophie Duchesne et Florence Haegel (26), nous avons voulu constituer **des groupes de 5 à 10 personnes**, taille idéale pour permettre une bonne prise de parole de chacun, une bonne cohésion du groupe et une analyse plus fine des processus d'interactions individuelles.

Pour cela, et compte tenu des possibles refus et désistements de dernière minute, nous avons **contacté au total 36 médecins généralistes**.

En fonction des 2 critères communs choisis au préalable, nous avons créé **3 groupes** distincts :

- un groupe en milieu **rural** (Pagney / Pesmes) constitué de médecins installés uniquement en **maisons médicales**, avec comme personne ressource le Dr GIRARD ;
- un groupe en milieu **rural et semi rural** (Pont de Roide / Saint Hippolyte) constitué de médecins qui exercent **seuls ou en groupe de deux**, avec comme personne ressource le Dr MARTI ;
- un groupe en milieu **urbain** (Audincourt) constitué de médecins exerçant **seuls ou en groupes de deux**, avec comme personne ressource le Pr. DUMEL.

Pour ce dernier groupe, le Pr. DUMEL, directeur de notre thèse, a rempli la fonction de personne ressource. Par conséquent, afin d'éviter les biais que sa présence pourrait engendrer, il n'a évidemment pas été inclus dans le groupe final en tant que participant.

### **3. Organisation matérielle des groupes**

#### **3.1. Choix du lieu de rencontre**

Il nous semblait primordial de choisir pour chaque groupe un lieu qui soit **facile d'accès et de taille suffisante** pour permettre aux différents intervenants de se sentir à l'aise et à l'enregistrement de pouvoir s'effectuer dans de bonnes conditions, mais pas trop grand afin que les interactions soient facilitées.

Les médecins recrutés se sont disposés dans l'ordre de leur choix, autour d'une table, avec l'animateur assis à leur côté.

#### **3.2. Durée de l'entretien**

Nous avons limité la durée de l'entretien à **1 heure**, durée suffisante pour que chacun puisse intervenir librement sur le sujet et sans que cela ne bouleverse trop les emplois du temps des médecins ayant accepté de participer.

Nous les avons accueilli avec des petits gâteaux et des boissons fraîches, et nous avons débuté l'entretien une fois que tous les participants étaient présents.

Une fois l'entretien terminé, nous avons fait remplir à chaque participant un **questionnaire** nous permettant d'obtenir des **informations complémentaires** sur leur profil.  
(Cf. Annexe 9)

### 3.3. Enregistrement

Nous avons décidé de ne pas filmer les entretiens, afin de ne pas mettre mal à l'aise certains participants.

Nous avons donc procédé, pour plus de sécurité, à un **double enregistrement** sur 2 enregistreurs digitaux, avec un microphone à condensateur électret disposé au centre de la table. Compte tenu de la capacité d'enregistrement de nos appareils, nous n'avons pas eu de manipulations à effectuer lors des entretiens. Chaque entretien était le soir même transféré sur notre ordinateur et sur clef USB.

**Une prise de note à la main et en temps réel** a été également effectuée pendant le déroulement des discussions.

## 4. Animation des groupes

Après avoir tenu compte des conseils fournis dans l'ouvrage de Sophie Duchesne et Florence Haegel (26), nous avons choisi un **animateur proche du groupe par son activité socioprofessionnelle**, afin qu'il n'existe pas un décalage social trop important avec les différents intervenants.

Il nous fallait également un animateur qui ait déjà **de l'expérience** en ce qui concerne ce genre d'activité et qui **facilite la discussion entre les différents intervenants sans porter de jugement**. Son rôle au sein du groupe est d'assurer la fluidité de la discussion afin que le plus grand nombre y participe et que l'on traite du sujet proposé. Il doit savoir mettre en confiance, répartir les tours de parole, solliciter les plus timides et relancer voire recadrer la discussion si besoin. Il veille également au respect du temps et du guide d'entretien.

Notre Directeur de Thèse, le Pr. DUMEL, a accepté de jouer le rôle de l'animateur tandis que nous jouerions le rôle de **l'observateur** chargé à la fois du bon déroulement de l'enregistrement, de la prise de notes en temps réel et de l'observation des comportements et des interactions non verbales.

## 5. Réalisation du guide d'entretien

Il s'agit d'établir une sorte de fil conducteur de la discussion (26). L'objectif de ce guide est de saisir la manière dont un thème est traité même s'il n'est pas exclu de prévoir des moments de discussion collective ou de propos individuels.

Son but est de **recentrer parfois les propos** sur le thème de recherche et d'introduire à la fois **une dynamique et une progression dans la discussion**.

Nous avons ainsi décidé de commencer par des questions plus générales et plus ouvertes, et d'aborder les thèmes plus précis progressivement, en terminant par les hypothèses les plus spécifiques.

Vous trouverez ci-dessous le guide d'entretien utilisé dans chacun des 3 groupes.

### 5.1. Première partie : présentation du travail

« Tout d'abord, bonsoir à tous et merci d'avoir répondu présent ce soir.

Comme vous le savez déjà, nous sommes ici pour débattre ensemble de la **délégation de tâches et de compétences en médecine générale**, dans le cadre d'une thèse qui a pour but de connaître plus précisément les opinions des médecins généralistes du terrain sur ce sujet.

En effet, depuis plusieurs années, celui-ci est vivement débattu dans différentes commissions nationales de démographie médicale, car les pouvoirs publics voient dans ce mode d'exercice un moyen de répondre, du moins en partie, aux **problèmes de pénurie en médecins**, et notamment en médecins généralistes. L'idée est de réfléchir à une **redéfinition des compétences** des différents acteurs du système de santé, afin de conserver une **qualité des soins optimale** pour l'ensemble de la population même si la démographie médicale n'est pas idéale. De la même façon que le transfert de compétences effectué récemment de la part des ophtalmologistes envers les opticiens, ils envisagent ainsi la possibilité pour les médecins généralistes de **déléguer certains actes ne nécessitant pas obligatoirement leurs compétences spécifiques à des professionnels paramédicaux**, et notamment infirmiers.

Cela permettrait ainsi aux médecins généralistes de pouvoir consacrer davantage de temps à des « actes médicaux » proprement dits.

Pour cela, ils s'appuient notamment sur les expériences qui ont été réalisées dans un certain nombre de **pays européens** où ce concept s'est progressivement généralisé. Ainsi, dans certains pays, notamment les pays nordiques et le Royaume Uni, la place des infirmières dans les soins primaires est devenue essentielle, allant de la **promotion de la santé** (bilans de santé, éducation et dépistage) au **suivi de pathologies chroniques**, en passant par la **régulation téléphonique** et les **soins de premier recours**. La **prescription infirmière** y est également souvent très étendue. Plus qu'une délégation ou qu'un transfert d'activités, on assiste parfois à la création de nouveaux métiers tels que celui d'infirmière spécialisée.

En France, très peu d'expériences ont pour le moment été réalisées en cabinet de ville mais celles-ci semblent notamment démontrer une meilleure prise en charge des pathologies chroniques.

Nous allons donc aborder tous ensemble cette problématique au cours d'un **entretien collectif d'une heure** qui sera enregistré pour les besoins de l'analyse. A l'issue de celui-ci, nous vous ferons remplir un rapide **questionnaire**, afin de connaître un peu mieux le profil de chacun. Au cours de cet entretien, chacun d'entre vous pourra **s'exprimer librement** sur le sujet et vous pourrez à loisir débattre ensemble sur les différents points abordés. N'hésitez pas à prendre la parole quand vous le désirez, en réaction aux propos de chacun, que vous soyez d'accord ou au contraire d'un avis différent. C'est justement **la richesse des échanges entre les différents intervenants** qui rend ce type d'étude originale particulièrement intéressante.

Afin de faciliter notre travail d'analyse et de pouvoir aborder le plus de points intéressants pour notre étude, nous essaierons néanmoins de suivre **différentes phases** au cours de cet entretien. Nous serons donc parfois amenés à **interrompre certains débats** afin de passer aux points suivants, et nous veillerons également à ce que **la prise de parole de chacun soit la plus équilibrée possible.** »

## 5.2. Seconde partie : discussion proprement dite autour du sujet

Les questions de fond sont ici mentionnées en **gras**, celles qui permettent d'introduire le débat en caractère normal, et les questions de relance, utiles en cas de manque de participation des intervenants, sont inscrites en *italique*.

Nous avons également essayé de **chronométrer au maximum les prises de parole**, afin de permettre à chacun de s'exprimer sur l'ensemble des points.

### **1) Questions ouvertes générales (5 mn)**

- Avez-vous déjà réfléchi à cette problématique auparavant ?
- Si oui, dans quelles circonstances ?

### **2) Besoins des médecins interrogés (10 mn)**

- Avez-vous le sentiment d'effectuer certains actes qui ne relèvent pas de vos compétences et qui vous prennent du temps ?
- Si oui, lesquels ?  
*Les laisser énumérer ces actes et si manque de participation, leur suggérer quelques pistes : vaccins, prises de sang, pansements...*
- Souhaiteriez-vous avoir plus de temps à consacrer aux « actes médicaux » proprement dits ?

### **3) Situation actuelle (10 mn)**

- Quelle est la nature de vos relations avec les paramédicaux de votre secteur, notamment les infirmières ?
- Avez-vous l'habitude de travailler en collaboration étroite avec eux ?
- Si oui, pour quels types de tâches ?  
*Les laisser énumérer librement ces actes, sans orienter les réponses.*

#### 4) Souhaits des médecins interrogés (15 mn)

- Seriez-vous prêts à déléguer certains actes aux infirmières de votre secteur, afin de vous libérer du temps médical ?
- Si oui, lesquels et à quelles conditions ?
  - *Les laisser énumérer les actes et si manque de participation, leur suggérer quelques pistes :*
    - dans le cadre de la promotion de la santé : prescription de bilans biologiques, conseils diététiques, conseils de puériculture, évaluation du risque cardio-vasculaire, vaccinations, dépistage (hypertension artérielle, frottis cervico-vaginal, cancer du sein, hémocult) ;
    - dans le cadre de pathologies chroniques stabilisées (asthme, diabète, hypertension artérielle) ;
    - dans le cadre des consultations de première ligne : régulation téléphonique, prise en charge de « pathologies banales » selon des protocoles, prescription médicamenteuse limitée et protocolisée.
  - *Si réponses hésitantes sur les conditions indispensables, leur donner quelques pistes et voir leurs réactions : bien connaître les infirmières en question, pouvoir choisir librement les actes que vous souhaitez déléguer, garder ou non la responsabilité des actes délégués...*
- Si non, pourquoi ? => les principaux freins

#### 5) Les principaux freins (20 mn)

- Qu'est-ce qui vous pose problème dans le principe de délégation de tâches et de compétences ?
- Quelles sont vos réticences principales ?

*Les laisser énumérer librement les freins et si manque de participation, essayer de leur donner quelques pistes avec les questions suivantes...*

  - *Est-ce en raison du problème de responsabilité puisque vous demeureriez responsable d'un acte que vous n'effectuez pas vous-même ?*
  - *Est-ce en raison d'un problème de financement des infirmières ? (Qui finance ces nouvelles fonctions voire ces nouvelles professions ? Le médecin doit-il intervenir en partie dans le financement étant donné qu'il se libère du temps ?)*

- *Est-ce pour des raisons de temps ? (Manque de temps pour rencontrer les autres acteurs et établir ensemble des protocoles de soins par exemple ? Manque de temps pour superviser l'infirmière ?)*
- *Est-ce en raison de difficultés pour recruter des infirmières compétentes ?*
- *Est-ce parce que vous avez peur de ne plus prendre en charge le patient de façon globale ?*
- *Est-ce pour des raisons financières ? (La délégation de certains actes ne risque-t-elle pas d'entraîner pour vous des pertes de revenus ? N'est-ce pas le paiement à l'acte qu'il faut remettre en cause ? Une rémunération plus forfaitaire ne pourrait-elle pas lever ce frein ?)*
- *Est-ce en raison de problèmes logistiques ? (Nécessité par exemple de créer de nouvelles structures ou locaux pour permettre une meilleure coordination ?)*
- *Est-ce en raison d'un changement dans le rythme de vos consultations ?*
- *Est-ce par peur de la dépréciation de votre métier de médecin généraliste ?*
- *Est-ce à cause de la méconnaissance des autres acteurs paramédicaux ? (Ont-ils par exemple la formation nécessaire et les compétences pour réaliser certains actes ?)*
- *Est-ce par manque de personnels paramédicaux sur votre secteur ?*
- *Est-ce pour des problèmes de coordination, de définition précise des missions et des rôles de chacun ?*

### 5.3. Troisième partie : clôture de la discussion par l'animateur

« Nous devons à présent interrompre les discussions étant donné que le temps imparti est désormais écoulé.

Nous allons maintenant vous distribuer un rapide **questionnaire** qui nous permettra de dresser un profil représentatif de votre groupe. Merci de le remplir le plus précisément possible.

Nous tenons également à vous **remercier vivement** d'avoir accepté de participer à ce travail de thèse. Si vous le désirez, nous pourrions vous faire parvenir les **résultats** de cette étude une fois celle-ci achevée.

Nous espérons pouvoir réaliser à l'issue de ce travail un certain nombre de **publications** afin de pouvoir faire remonter les informations riches issues de ces groupes de travail et nous ne manquerons pas de vous en informer également.

Merci encore de toute l'attention que vous avez portée à ce travail et bonne fin de soirée. »

#### 5.4. Test du guide d'entretien

Nous avons réalisé des entretiens informels auprès de personnes de notre entourage pour nous mettre en situation, et s'assurer de la fluidité et de la bonne logique du guide d'entretien. Il s'agissait essentiellement de jeunes confrères remplaçants. Notre guide a été par ailleurs relu et corrigé par notre directeur de thèse, à la fois médecin généraliste et animateur des groupes.

#### **6. Réalisation du questionnaire complémentaire** *Cf. Annexe 9*

Nous avons décidé d'établir un questionnaire complémentaire très bref qui nous permettra d'établir le **profil de chaque participant, et de chaque groupe**, afin de pouvoir comparer les résultats obtenus en fonction de la composition de chaque focus group.

#### **7. Réalisation des focus groups**

Les 3 entretiens collectifs se sont déroulés le 31 mai à Pagny, le 20 juin à Pont de Roide et le 5 juillet 2007 à Montbéliard pour le groupe d'Audincourt. Nous avons choisi des **salles de réunion calmes** pour permettre un enregistrement de qualité optimale.

Ils ont été réalisés conformément au programme préétabli, sauf en ce qui concerne les dates puisque **les groupes de Pont de Roide/Saint Hippolyte et Audincourt ont du malheureusement être décalés** d'un mois par rapport à la date initialement prévue, en raison d'un problème de santé nous concernant.

## **8. Méthodologie d'analyse des données**

### **8.1 Les matériaux à analyser**

Nous avons à notre disposition deux types de matériaux à analyser :

- **les notes prises au cours de chaque entretien** qui visaient à conserver la trace de ce qui se passe et s'échange en dehors de l'interaction verbale, les apartés, les retraits et les manifestations diverses qui pourraient échapper à l'enregistrement. Elles contiennent des notations, des commentaires et des remarques qui n'ont pas nécessairement leur place dans la transcription.
- **la transcription des entretiens** à partir de l'enregistrement réalisé.

Nous avons choisi de concentrer l'analyse systématique et méthodique sur le texte issu de la transcription des discussions, et de traiter le reste comme de l'information contextuelle et de l'illustration.

### **8.2. Transcription des entretiens**

Nous avons retranscrit manuellement chacun des entretiens enregistrés. Nous n'avons pas corrigé les fautes de langage, ni cherché à reformuler les propos. Il s'agit d'une **retranscription au « mot à mot »**. Cf. *Annexes 12, 13 et 14*.

Nous avons indiqué la succession des prises de parole et utilisé les conventions suivantes **(27)** :

- [...] quand 2 personnes parlent en même temps ;
- (...) en cas de pause dans le cours de la discussion ;
- ... en cas de discussion inaudible ;
- {...} pour toutes formes de précisions ;
- Soulignement des mots pour marquer une insistance ;
- LETTRES MAJUSCULES quand les voix sont particulièrement fortes.

Les prises de paroles de l'animateur sont par ailleurs en *italique* dans le texte.

Afin de conserver l'anonymat total des participants, les noms des intervenants ont été remplacés par des numéros après retranscription.

### 8.3. Analyse des entretiens

Nous avons préféré **centrer l'analyse sur le contenu des opinions collectivement exprimées** plutôt que sur la manière dont elles ont été élaborées. Nous commencerons par caractériser chacun des groupes, puis nous synthétiserons le contenu de ce qu'il a exprimé avant de comparer les groupes entre eux.

Dans un premier temps, nous avons **caractérisé chacun des groupes**, depuis la phase de recrutement jusqu'à la constitution finale, en utilisant notamment les éléments fournis par le questionnaire complémentaire distribué en fin d'entretien. Nous avons également mis par écrit notre **impression générale** sur le groupe, issue des notes prises en temps réel.

Nous avons ensuite fait **plusieurs lectures attentives** des entretiens retranscrits afin de bien nous imprégner de chacun d'entre eux. Puis, à l'aide de crayons de couleur et d'une **grille de lecture** préalablement établie (*Cf. Annexe 15*), nous avons relevé pour chaque groupe les différentes informations que nous avons cherchées. Cette grille nous a servi de trame pour analyser les entretiens. Nous avons présenté les résultats selon sa structure. Après quoi, nous avons **synthétisé sous forme de tableaux** la retranscription des mots qui ont conduit à cette analyse. Lorsque dans notre travail nous citons les mots des intervenants, ces mots sont entre guillemets et en italique.

Nous avons enfin **comparé les différents tableaux issus des 3 groupes** entre eux, afin de mettre en évidence d'éventuelles différences significatives en fonction de la composition du groupe.

## **9. Méthodologie de la recherche bibliographique**

Nous avons essentiellement procédé à des **recherches via Internet** grâce à différents moteurs de recherche spécifiques attachés au site pour professionnels de santé [www.atoute.org](http://www.atoute.org). Nous avons pour cela utilisé plusieurs mots-clés : « Délégation de tâches », « Transfert de compétences » et « Coopération entre professionnels de santé » tout en précisant le cadre qui nous intéressait : « Les soins primaires » ou « La médecine générale ». Nous avons pu ainsi naviguer sur les **sites de l'ONDPS, de la DREES, du CNOM ou de l'URCAM** qui ont été très riches en rapports divers concernant cette problématique.

Nous avons également puisé beaucoup d'informations dans des **thèses de médecine générale** ayant trait à notre profession.

Notre sujet étant un sujet d'actualité, nous avons aussi parcouru attentivement la **presse spécialisée**. *Cf. Annexes 10 et 11.*

Nous avons enfin utilisé un certain nombre de connaissances et de documents que nous avons collectés il y a quelques années alors que nous étions chargés du **dossier Démographie Médicale au sein de l'ISNAR-IMG**, syndicat national des internes en médecine générale. C'est d'ailleurs en tant que membre de ce syndicat que nous avons eu l'idée initiale de travailler sur ce sujet passionnant, notamment grâce à la participation à une commission de démographie médicale dirigée par le Pr. Yvon Berland lors du 1<sup>er</sup> trimestre 2005 (28).



# **C. RESULTATS**



## 1. Groupe de Pagney / Pesmes

### 1.1. Caractéristiques du groupe

#### 1.1.1. Phase de recrutement

**10 médecins ont été initialement contactés par courrier.** Parmi les 10, on pouvait dénombrer 3 femmes et 7 hommes ; les médecins étaient issus de 4 maisons médicales différentes.

**Lors de la relance téléphonique, nous avons obtenu 1 refus d’emblée** pour cause de vacances au moment de la date proposée. Les 9 autres médecins nous ont semblé tous motivés par cette expérience. Dans les jours précédant la date du focus group, **3 médecins se sont désistés** en raison d’autres obligations à la date prévue.

Le groupe a finalement été composé de **6 médecins** issus de 3 maisons médicales différentes. Le taux de participation par rapport au recrutement effectué s’élève donc à 60%.

#### 1.1.2. Caractéristiques du groupe final

Les 6 médecins sont âgés de 35 à 53 ans, avec un **âge moyen de 46 ans**. On dénombre 3 femmes et 3 hommes, soit une **féminisation du groupe à 50%**. Les années d’installation s’étendent de 1983 à 2002, avec une **durée d’exercice moyenne de 15 ans**.

Ils exercent **tous en maison médicale, dans un secteur rural** (< 5000 hts).

4 médecins ont une activité de médecine générale exclusive, soit 67%. 2 d’entre eux ont un **exercice mixte**, soit **33%** des médecins :

- 1 intervient en maison de retraite (activité libérale) ;
- 1 est praticien hospitalier à temps partiel au centre de la douleur.

4 médecins ont des **compétences particulières**, ce qui équivaut à **67%** des médecins interrogés. Les compétences citées sont les suivantes :

- gériatrie + urgences
- soins palliatifs
- gériatrie + douleur
- manipulations

Le nombre d'heures de travail par semaine s'étend de 30 à 60 heures, avec une **moyenne de 47 heures par semaine** (+ les gardes).

4 sont **maîtres de stage (67%)** ; 6 participent à des **FMC (100%)** ; 3 adhèrent à un **syndicat représentatif (50%)** ; aucun n'est membre du CDOM ; aucun n'est élu politique local, départemental ou régional.

## 1.2. Impression générale

Pendant les 15 premières minutes, la discussion est relativement limitée. Les interventions des médecins sont brèves et l'animateur est obligé de procéder à des relances pour obtenir des réponses de la part des intervenants.

Au cours du 3<sup>ème</sup> point (situation actuelle), la confiance s'installe progressivement et les médecins semblent oublier l'enregistrement. Le débat va alors crescendo, les relances de l'animateur deviennent de moins en moins nécessaires et les interactions entre les différents protagonistes s'établissent spontanément. Le groupe s'avère alors très dynamique et très participatif. Les prises de paroles de chacun sont globalement équilibrées.

Il existe d'excellentes interactions entre les plus motivés par la délégation de tâches et les autres. On a notamment un fervent défenseur de ce nouveau mode d'exercice, qui s'intéresse beaucoup au sujet, et un médecin plus réticent qui va émettre de nombreuses réserves pertinentes. Cette opposition amicale permet l'émergence, au cours de la discussion, d'un certain nombre de points fondamentaux. Les autres médecins sont quant-à-eux plus mitigés mais utilisent cette opposition pour rebondir de manière intéressante.

Le débat est interrompu au bout de 1 heure et 1 minute.

### 1.3. Analyse de l'entretien

#### 1.3.1. Questions ouvertes générales

Nous avons voulu savoir si les médecins interrogés avaient déjà réfléchi à la problématique de délégation de tâches, et si oui, dans quelles circonstances.

Deux médecins avouent ne **jamais y avoir réfléchi** auparavant : 1, 2.

Trois d'entre eux en ont **un peu entendu parler**, notamment par certains de leurs collègues, mais déclarent ne pas y avoir beaucoup réfléchi : 3, 5, 6.

Un médecin (4), impliqué dans la création d'une future association régionale de maisons médicales, y a déjà **énormément réfléchi**. Il a beaucoup lu sur le sujet et a également étudié directement sur le terrain certaines expériences étrangères : *« J'étais il y a 6 mois en Nouvelle Zélande et j'ai visité des centres qui étaient en délégation de tâches. Et il y a une infirmière néo-zélandaise qui m'a reparlé de ça et qui bosse comme ça depuis 20 ans... »*

#### 1.3.2. Besoins des médecins interrogés

1) Ont-ils le sentiment d'effectuer des actes qui ne relèvent pas de leurs compétences et qui leur prennent du temps ?

Dans un premier temps, 4 médecins (5, 4, 2, 3) évoquent spontanément des **actes qui leur prennent du temps, sans pour autant qu'à leur yeux, ceux-ci ne relèvent pas de leurs compétences**. *« Tout fait partie de nos tâches quand même... »* : 3.

Les actes cités appartiennent essentiellement au champ de **l'éducation thérapeutique** (terme cité 5 fois), et notamment dans la prise en charge des **patients chroniques** (asthmatiques, diabétiques par exemple). *« Montrer comment marche un spray (...) la nutrition (...) l'éducation thérapeutique dans les maladies chroniques ou notamment la diététique mais aussi les trucs d'asthme »* : 5 ; *« Tout ce qui tourne autour de la nutrition et prévention, la diététique... »* : 3. Un médecin (2) évoque **le dépistage**, notamment chez les bronchiteux chroniques.

Par la suite et contrairement à ce que sous-entendaient les premiers médecins qui se sont exprimés, un participant (6) déclare que certains actes situés actuellement dans le domaine de leurs compétences pourraient être effectués par d'autres individus mieux formés et donc plus compétents. « *Est-ce qu'on va déléguer seulement parce que ça nous prend du temps ou est-ce qu'on va déléguer parce qu'on pense que quelqu'un peut le faire mieux que nous ?* ». La plupart des autres médecins abondent ensuite dans ce sens. Ils déclarent ainsi **ne pas avoir été bien formés et donc ne pas se sentir suffisamment compétents** dans certains domaines comme celui de **la prévention**.

Signalons qu'un des médecins (1) pense que, bien que certains actes lui prennent du temps et même si ces actes pourraient être effectués par d'autres personnes plus compétentes, il est primordial que les médecins généralistes continuent à les effectuer eux-mêmes car **ils s'inscrivent dans la prise en charge globale du patient** définie par leur rôle de médecin généraliste.

## 2) Désirent-ils avoir plus de temps à consacrer aux « actes médicaux » ?

Le premier médecin (4) à s'exprimer sur le sujet souhaite pouvoir « *se reconcentrer sur son rôle de médecin* », c'est-à-dire **la prise en charge globale** du patient, **l'optimisation de l'ordonnance** afin d'éviter notamment les effets iatrogéniques mais aussi **la recherche** (épidémiologie ou pharmacovigilance).

Par la suite, un autre médecin (6) déclare pour sa part, **ne pas ressentir de besoin** particulier à l'heure actuelle, pour la simple raison qu'il **ne s'estime pas « débordé »**. « *J'avoue que je ne suis pas très motivé non plus pour déléguer énormément dans la mesure où pour le moment on n'est pas surchargé de travail* »

### 1.3.3. Situation actuelle

#### 1) Quelle est la nature de leurs relations avec les infirmières ?

D'une manière générale, pour l'ensemble des médecins interrogés, **les relations avec les infirmières de leur secteur sont plutôt bonnes**.

**La collaboration est même très étroite**, notamment pour les médecins exerçant au sein de **maisons médicales où les infirmières sont présentes** (« *On se croise souvent donc on a beaucoup d'échanges...* » : 2 ; « *Nous, on les voit tous les matins (...) il y a un échange* » : 4) mais pas seulement. En effet, la communication entre les différents acteurs est facilitée par des moyens simples tels que **le cahier de liaison** au domicile du patient ou tout simplement **le téléphone**.

Un des médecins (3) aimerait provoquer des rencontres avec les infirmières de son secteur car il se plaint du **manque de retour** de leur part lorsqu'il les sollicite ou du moins du **manque d'organisation** : « *J'ai l'impression que je n'ai pas de retour. Eux aussi, ils bossent un peu tous seuls de leur côté (...) il y a bien des fois où ça serait eux qui devraient nous appeler (...) elles passent par les familles pour me dire* ». Il est le seul à ne pas exercer dans une maison médicale avec infirmières.

En outre, ils avouent **déléguer très peu d'actes** pour le moment : « *On a un bon contact mais on ne délègue pas grand-chose...* » : 4.

## 2) Quels sont les actes pour lesquels il existe une collaboration étroite ?

Les actes volontiers délégués sont consignés dans le tableau suivant ; il s'agit de **démonstrations pour l'utilisation de certains appareillages** ou encore de réalisation de **soins locaux divers**.

Actes délégués	Leurs mots	Qui ?
<b>Démonstrations de certains appareils</b>	« <i>tout ce qui est don du souffle</i> » ; « <i>comment marche un lecteur de glycémie</i> » ; « <i>le stylo à insuline</i> »	1
<b>Soins locaux</b>	« <i>les surveillances de pansements</i> » ; « <i>les traitements d'ulcères</i> »	6

### 1.3.4. Souhais des médecins interrogés

#### 1) Sont-ils prêts à déléguer certains actes ?

4 médecins sur les 6 (2, 4, 5, 6) se disent **plutôt prêts à déléguer** certains actes, mais pas n'importe lesquels et surtout pas à n'importe quelles conditions. Leur **motivation** principale semble être **l'amélioration de la prise en charge** des patients. « *Ça ne m'allègerait pas énormément dans le sens où je n'accorde pas énormément de temps à ça mais ça améliorerait la prise en charge des patients.* » : 5.

Parmi ces 4 médecins, l'un d'entre eux (4) est beaucoup plus prêt que les autres car il y voit un moyen **d'améliorer les pratiques actuelles**, notamment certaines formes de délégation de tâches non officielles et plus dangereuses, comme celles qui existent envers les secrétaires. « *Elle existe dans nos cabinets mais de manière complètement informelle et on ferme les yeux c'est-à-dire sur l'écoute des secrétaires, il n'y a pas de formation qui est faite ici (...) nous, pour l'instant, on fait comme s'il ne se passait rien, en se disant pourvu qu'il n'y ait pas de pépin...* »

Un médecin (3) préférerait **améliorer certaines pratiques existantes** plutôt que de déléguer des actes. « *Les diabétiques de type 2, ça va tourner beaucoup autour de la nutrition...on les enverrait vers les diététiciennes si elles étaient remboursées...* »

Le dernier médecin (1) est **réfractaire à pratiquement toutes les formes de délégation**. Il ne voit pas l'intérêt d'une telle démarche pour la prise en charge du patient.

## 2) Quels actes pourraient-ils envisager de déléguer ?

Champ d'activité	Actes délégables	Qui ?
<b>Promotion de la santé</b>	▪ Education thérapeutique et prévention individuelle :	5
	- « <i>éducation sur les anticoagulants, HTA, utilisation du glycomètre, éducation du patient asthmatique...</i> »	4
	- « <i>montrer comment marche un dextro, ce qu'il faut faire en cas d'hypo...</i> »	3
	- nutrition pour les diabétiques de type 2	3
	▪ Prévention collective et dépistage :	
- « <i>un système avec un interrogatoire sur un petit logiciel (...) contrôle de TA, contrôle de poids, glycémie et un ECG de base (...) chez des gens qui ne viennent pas au cabinet</i> »	4	
- « <i>le dépistage (...) peut-être par des questionnaires aussi...</i> »	2	
▪ Vaccinations	6	
<b>Suivi de pathologies chroniques stabilisées</b>	▪ Suivi de la douleur	2
	▪ Adaptation des doses d'insuline ou d'anticoagulants	2, 4
	▪ Surveillance : résultats biologiques (plaquettes ou TCA), tension artérielle...	4
	▪ Suivi des ulcères et des plaies	4
	▪ Capacité de prescription : renouvellement de traitements, soins de pansements...	4
<b>Consultations de première ligne</b>	▪ Petits gestes : petites sutures...	1, 4
	▪ Peser et mesurer les enfants	1
	▪ Examen du nourrisson	4
	▪ Régulation téléphonique	2, 6

Parmi les actes cités ci-dessus, **certains ne font pas l'objet d'un consensus**. Il s'agit de :

- la capacité de **prescription** dans le cadre de **renouvellement** de traitements. « *...leur laisser une prescription thérapeutique, non, je ne le ferais pas* » : 2 ;

- le champ de la **prévention** qui doit pour certains continuer à faire partie du travail du médecin généraliste : « *La prévention, ce n'est pas du quotidien mais presque (...) quand tu vois quelqu'un pour faire une consultation de prévention, tu l'interroges bien sûr mais tu l'examines aussi...* » : 1 ;

- **l'examen du nourrisson**. « *Le nourrisson, quand je le prends, je le prends entièrement...* » : 3 ; « *Je ne veux pas déléguer le nourrisson, j'ai envie de le toucher...* » : 1 ;

- **la régulation téléphonique** : « *Là, tout se mélange, c'est notre boulot...* » : 3.

### 3) Quelles sont les conditions sine qua non à une délégation des tâches ?

Conditions	Leurs mots	Qui ?
<b>Formation des infirmières</b>	« <i>Le problème, c'est qu'ils ne sont pas formés. Ces filières, il faudrait travailler avec les IFSI, il faut faire des bacs +3, +4 (...) et puis voir les formations...</i> »	4
<b>Mise en place de protocoles précis</b>	▪ « <i>On donne des objectifs (...) on pourrait avoir des systèmes de grilles et de contrôles...</i> »	4
	▪ « <i>Faut mettre un cadre dans tout ce qui est fait : telle pathologie où on donne tel conseil...</i> »	5
<b>Coordination et synthèse des informations</b>	▪ « <i>Je pense qu'il faut qu'on reste dedans. Si on n'est plus dedans, il y a quelque chose qui ne va pas...</i> »	1
	▪ « <i>Nous, on est le pivot, c'est notre boulot d'être au centre.</i> »	5
	▪ « <i>De rassembler l'information..</i> »	2
	▪ « <i>On est bien au centre quand même de la prise en charge du patient...</i> »	5
	▪ « <i>Il faut pouvoir faire la synthèse et aboutir à une démarche personnalisée...</i> »	6
<b>Application au cas par cas</b>	▪ « <i>Et puis déléguer pour nous décharger, c'est région par région, cabinet par cabinet...</i> »	3
	▪ « <i>Je ne veux pas déléguer le nourrisson par exemple...</i> »	1

En ce qui concerne le dernier item, celui-ci n'obtient pas un consensus de la part du groupe. « *Le problème, c'est de savoir ce qu'il est utile de faire et non pas ce que tu as envie de déléguer sous prétexte que ça te plait ou ça ne te plait pas...* » : 1.

Signalons que dans la suite du débat, trois autres conditions ont été développées. Il s'agit de :

- la mise en place d'une **responsabilité partagée**, les médecins ne devant pas être seuls responsables des actes délégués ;
- l'exercice quasi-obligatoire des professionnels concernés au sein d'un **lieu unique, avec des temps d'échanges prédéfinis** ;
- **une modification du mode de rémunération actuel**, le paiement à l'acte étant à leurs yeux incompatible avec la mise en place d'une délégation de tâches.

Ces 3 conditions sine qua non seront détaillées plus amplement dans les paragraphes suivants.

### 1.3.5. Les principaux freins

#### 1) Les freins spontanément évoqués

Nous avons choisi de garder l'ordre chronologique dans lequel ceux-ci ont été abordés par les participants.

##### a) Peur de ne plus prendre en charge le patient de façon globale

Un médecin (1) évoque très rapidement cette crainte. Pour lui, ce qui fait la particularité de la médecine générale, c'est justement de prendre en charge le patient dans sa globalité. Ainsi, en déléguant certains actes qui lui prennent du temps, il craint que **le médecin généraliste ne perde par la même sa vision globale**, ce qui aboutirait selon lui à **une prise en charge moins efficiente**. « *Dans la définition du médecin généraliste, il rentre justement tout ça (...) tu ne vas plus être médecin généraliste mais médecin généraliste spécialisé dans un truc. C'est un peu une remise en cause de la médecine générale telle que je la pensais (...) quand je connais les gens, je suis capable d'avoir aussi un message peut-être moins exact scientifiquement mais peut-être plus ciblé* »

Dans la suite du débat, il revient spontanément sur le sujet avec un autre participant, et notamment sur **la peur que le patient ne soit « découpé en morceaux »**, comme ce qui est fait chez les spécialistes, et notamment à l'hôpital. « *Tu vas déléguer la tension, tu vas déléguer le diabète, tu vas déléguer l'ulcère de pied et il se trouve que quand même la*

*personne, elle a la fois de la tension, l'ulcère de jambe, le diabète... » : 1 ; « Là, on revient vers le spécialiste. C'est vrai qu'on va le découper un peu et à quel moment va se faire la coordination de tout ce qu'on va recueillir. » : 2*

*b) Peur d'une dépréciation du métier de médecin généraliste*

Une autre préoccupation soulevée par le même médecin (1) est la crainte d'une **dévalorisation** de la médecine générale, allant de paire avec **la perte de certaines missions habituellement dévolues au médecin généraliste**. *« La prévention, ça passe aussi par un examen clinique, par un interrogatoire. Le jour où la médecine va se résumer à un interrogatoire avec des facteurs de risque et avec des conduites qui vont sortir (...) notre niveau, c'est de répondre aux gardes alors on a délégué nos gardes, on les a bradées (...) ça fait partie des choses qui partent et qui ne vont plus être du ressort du médecin généraliste (...) dans un avenir proche, avec l'Acorelie\*, le médecin va sortir de la garde plus ou moins complètement (...) c'est un morceau de la médecine générale qui ne m'intéressait pas mais qui ne fait plus partie de la médecine générale... »*

*c) Manque de temps*

Certains médecins avouent avoir peur que la mise en place d'une délégation de tâches ne leur fasse **perdre plus de temps** qu'en gagner. *« Est-ce qu'on aura le temps en plus d'échanger de l'information ? » : 2 ; « Ou alors, ça va prendre encore plus de temps, de bien récupérer les infos des uns et des autres ? » : 6.*

\*NB : Acorelie : nom du dispositif de régulation libérale en Franche-Comté

#### d) Raisons financières

Un des médecins (4) évoque spontanément la crainte qu'une délégation de tâches n'entraîne **une baisse de l'activité et donc des revenus des médecins généralistes, dans le système actuel de paiement à l'acte**. « *La crainte que l'on va retrouver dans la délégation, c'est la crainte de la baisse de notre activité (...) qu'est-ce que ça va nous piquer comme patient là dedans ? Donc après, on revient sur la réflexion : est-ce qu'on doit continuer à être payé de la même façon ?* ». Par la suite, la plupart des participants (2, 3, 5, 6) abondent dans ce sens.

#### e) Peur que les patients soient moins bien pris en charge

Deux médecins (3, 2) évoquent la prise de risque pour les patients **si certains actes délégués étaient mal faits**. Ils citent notamment l'exemple de la régulation téléphonique. « *Quand je régule, j'essaie de penser à des tas de choses, il y a des tas de diagnostics qui me viennent en tête enfin je fais appel à tout ce qu'on m'a enseigné. Donc ça veut dire que ce n'est pas la peine d'en savoir autant pour savoir faire ça ou bien on va leur laisser faire ça en faisant prendre un risque à ceux qui appellent...* » : 3 ; « *ça me semble dangereux (...) il n'y a quand même pas un traitement unique, une réponse unique sans avis médical initial...* » : 2.

Les autres participants ne semblent pas partager cette crainte. Ils reconnaissent qu'actuellement ils délèguent déjà une certaine forme de régulation téléphonique à leurs secrétaires qui n'ont pourtant pas été formées à cela. Le risque serait selon eux **moindre qu'aujourd'hui si la régulation était effectuée par des professionnels formés spécifiquement pour cela**. « *Nos secrétaires font déjà un peu ça...* » : 6 ; « *La réponse au téléphone, ça s'apprend (...) ce n'est pas notre boulot de répondre au téléphone (...) on a des secrétaires non formées et c'est bien fait pour nous...* » : 1.

f) Difficultés pour recruter des infirmières compétentes

Tous les participants déclarent avoir l'impression qu'à l'heure actuelle, **les infirmières ne sont pas suffisamment compétentes** pour effectuer certains actes qu'on pourrait envisager de leur déléguer. « *Je pense que tu auras beau les former...* » : 1 ; « *Ces personnes là n'existent pas (...) il faut mettre un cahier des charges de formation de ces gens (...) on se demande même quel type de formation est possible...* » : 4.

Pour un des médecins (4), la seule solution passe par la **création d'une nouvelle profession intermédiaire**. « *C'est une autre profession (...) quand tu les vois travailler ailleurs, c'est une stimulation monumentale parce qu'elles sont dans un rôle médical qui est complètement différent...* »

g) Problème de coordination et de définition précise des rôles

Une des problématiques essentielles, selon les médecins interrogés, reste « **qui fait quoi et comment on coordonne tout ça** ». « *Est-ce qu'on peut imaginer un appel téléphonique, une gestion rapide par la standardiste, avec le téléphone qui est retransmis à une infirmière qui est dans le cabinet, pour donner les premiers conseils et les résultats (...) qu'il y ait un barrage et que le médecin n'ait plus accès au...* » : 1 ; « *Pour l'instant, c'est un concept qui est écrit, qu'on commence à lire (...) et puis on ne sait pas encore de quoi on parle. On parle d'hypothèses...* » : 4.

Un médecin (1) pense par ailleurs être **incapable de pouvoir déléguer et coordonner** les actes effectués par d'autres pour la simple raison qu'il n'a pas été formé pour cela. « *Je demande deux associés de plus plutôt que de déléguer. Parce que je ne sais pas faire, parce que je n'ai pas appris, je veux dire, mon appréhension, elle est là. Je voudrais avoir plus de temps mais en ayant deux associés de plus pour continuer à faire ce que je sais faire et bon, si c'est déléguer (...) je trouve que c'est beaucoup trop de boulot.* »

#### h) Manque d'infirmières et manque de motivation de leur part

Selon les médecins interrogés, les infirmières ne semblent pas spécialement motivées pour se voir confier de nouvelles tâches, pour la simple et bonne raison qu'elles n'ont **pas le temps** car elles sont **trop peu nombreuses** sur le terrain. « *On ne leur a même pas demandé leur avis. Si on leur demande de faire ça en plus, à mon avis, elles risquent de ne pas être d'accord. Elles ont trop de travail, elles sont toujours pressées...* » : 3 ; « *Est-ce qu'il y aura plus d'infirmiers ?* » : 6 ; « *Nous, on leur a demandé leur avis. Pour l'instant, sur le projet, c'est plutôt non...* » : 4 ; « *Elles ne sont pas motivées...* » : 6 ; « *Trop d'actes de soins (...) trop d'activités pour elles dans une journée, trop d'occupation en nombre d'heures...* » : 2.

#### i) Remise en cause de la relation privilégiée médecin / patient

Deux médecins (1, 2) pensent qu'il est également indispensable que **la mentalité des patients évolue**. Ils ont l'impression que **la demande des patients est davantage dans une relation avec leur médecin** plutôt qu'avec de nouveaux interlocuteurs. « *Il faut que la mentalité des gens change. Pour le moment, la demande des gens est beaucoup plus dans une relation avec le médecin généraliste avant de sortir (...) et si tu délègues eu réseau, il va y avoir 10% des gens qui n'iront pas...* » : 1.

#### j) Retard sur la prise de conscience des problèmes démographiques

Certains des médecins estiment qu'il est encore **trop tôt pour penser à une éventuelle pénurie de médecins généralistes** et donc pour réfléchir à des solutions palliatives comme la délégation de tâches. « *Est-ce qu'il y a vraiment urgence à se poser ce type de problème ? Est-ce qu'effectivement il y a une pénurie de médecins généralistes ? (...) il sort quand même plus de médecins (...) et on n'arrête pas de parler de pénurie...* » : 4.

## 2) Les freins évoqués après relance de l'animateur

### a) Financement des infirmières

Le seul médecin (4) à s'exprimer sur le sujet pense qu'il est indispensable de mettre en place **un nouveau mode de rémunération pour les infirmières**, payé par le système de soins, et plus adapté à leurs nouvelles fonctions. « *Si tu as quelqu'un à ton cabinet qui est intégré, il faut aussi voir les modes de financement (...) il faut voir comment ça se passe en Angleterre, c'est des gens qui sont quasiment payés par le système (...) en paiement à l'acte, c'est quasiment irréalisable (...) on peut imaginer qu'il y ait des mises en place de forfaits par patient, par zone (...) je pense que l'écoute des infirmières ne sera pas la même, tu les impliques dans un soin global, pas uniquement exécutif, avec une rémunération qui est différente... »*

### b) Responsabilité des actes délégués

Pour la moitié des participants (2, 3, 6), la responsabilité des actes délégués pose un sérieux problème. Ils n'imaginent pas pouvoir être **responsables de tâches qu'ils n'auraient pas effectués eux-mêmes**. « *Déléguer des choses et ne pas savoir ce qui se passe derrière. Si on délègue et qu'il y a un problème... : 3 ; « C'est difficile d'être responsable des décisions des autres. Je pense que ce n'est pas possible... » : 6.*

Ils s'expriment en faveur d'un **partage des responsabilités** afin qu'ils ne soient pas seuls responsables des actes délégués. « *Ça devrait être de la responsabilité de chacun (...) sous la responsabilité propre de l'infirmière dans la tâche qu'elle fait (...) il faut qu'elle ait son indépendance et sa responsabilité qui soit engagée à elle, personnelle... » : 6 ; « Peut-être faut-il que les responsabilités soient partagées... » : 2.*

### c) Problèmes logistiques

Pour l'ensemble des médecins du groupe, les problèmes logistiques sont essentiellement dans **le retour de l'information**. Pour parer à ces problèmes, la solution réside ainsi dans **un lieu de travail unique, avec des moments d'échanges** prédéfinis. « *Si on délègue, il faut que l'information revienne...* » : 3 ; « *Si on est installé dans des lieux communs, ça sera plus facile aussi on retombe sur des organisations de maisons médicales (...) il faut aussi faire des réunions avec les paramédicaux, à des rythmes réguliers...* » : 6.

#### 1.3.6. Discussion sur de nouveaux modes de rémunération

Comme nous l'avons vu précédemment, une de leurs **craintes est de voir leurs revenus diminuer** si certains actes étaient effectués par d'autres. Cette peur étant corrélée au système du **paiement à l'acte**, plusieurs médecins évoquent spontanément de **nouveaux modes de paiement**, le système actuel étant devenu à leurs yeux obsolète. « *Est-ce qu'on doit continuer à être payé de la même façon ? (...) on peut imaginer qu'il y ait une mise en place de forfaits par patient, par zone (...) ce qui existe en ce moment, c'est vraiment une catastrophe...* » : 4 ; « *A ce moment là, carrément faire des centres de santé par canton et rentrer dans le salariat. Je ne vois pas l'intérêt de continuer dans le libéral alors qu'il n'y a plus de libéralisme...* » : 2.

Interrogés à la fin de l'entretien sur le sujet, d'autres remarques intéressantes sont effectuées de la part du groupe.

La plupart (2, 3, 4, 5, 6) **remettent en cause le système du paiement à l'acte**. « *Le paiement à l'acte, je pense qu'il est mourant...* » : 2 ; « *La prévention avec le paiement à l'acte, c'est aléatoire. Tu vas faire de la prévention le jour où tu as des consultations courtes mais ce n'est pas un truc qui est organisé (...) c'est un autre système qui ne fait pas que le médecin peut multiplier les actes comme il veut (...) il n'y a pas d'objectifs de santé publique derrière...* » : 4 ; « *Si on n'était pas payé à l'acte, tu pourrais plus te permettre d'éduquer tes patients...* » : 5.

Certains mettent (5, 1) en avant **les avantages du paiement à l'acte**. « Avec le paiement à l'acte, le vaccin, c'est quand même facile, rapide et sans risque. Et c'est payé autant qu'un truc plus grave... » : 5 ; « C'est dans cette consultation qui nous prend 10 minutes que tu fais de la prévention. (...) tu gères ton temps » : 1.

Un médecin (2) est plutôt partisan du **salariat**. « ...le salariat total où on est complètement découplé de son activité, moi je suis tout à fait d'accord... ». Un autre, au contraire, prône le **paiement par forfait**. « Le système de paiement par forfait (...) avec des objectifs de santé derrière (...) tu as une prise en charge globale. » : 4.

## **2. Groupe de Pont de Roide / Saint Hippolyte**

### 2.1. Caractéristiques du groupe

#### 2.1.1. Phase de recrutement

**11 médecins ont été initialement contactés par courrier.** Parmi les 11, on pouvait dénombrer 1 femme et 10 hommes.

**Lors de la relance téléphonique, nous avons obtenu 2 refus d'emblée :**

- 1 pour cause de date ;
- 1 non intéressé, en fin de carrière et ne participant à aucune réunion en soirée.

Sur les 9 autres médecins, 8 d'entre eux ont semblé très motivés, le dernier se disant peu intéressé par le sujet et se sentant gêné par l'enregistrement.

La veille de la date initialement prévue, nous avons à priori **9 participants**. Malheureusement, en raison d'un problème de santé nous concernant, **l'entretien a du être reprogrammé à une date ultérieure**. Sur les 9 médecins initialement partants, 3 d'entre eux n'étaient malheureusement pas disponibles à la nouvelle date. Nous avons peu d'autres dates possibles avant le début des vacances scolaires et nous avons donc choisi d'organiser le groupe malgré tout. Dans les jours précédents la date du focus group, **aucun des médecins ayant répondu présents ne s'est désisté**.

Le groupe a finalement été composé de **6 médecins**. Le taux de participation par rapport au recrutement effectué s'élève donc à 55%.

#### 2.1.2. Caractéristiques du groupe final

Les 6 médecins sont âgés de 45 à 59 ans, avec un **âge moyen de 52 ans**. On dénombre 6 hommes, soit une féminisation absente. Les années d'installation s'étendent de 1975 à 1994, avec une **durée d'exercice moyenne de 23 ans**.

4 médecins exercent **en groupe, soit 67%**, les 2 autres ont un **exercice isolé, soit 33%**. **3 médecins** exercent dans un **secteur rural** (< 5000 hts), les 3 autres dans un **secteur semi rural** (5 à 10000 hts), soit **50/50**.

5 médecins ont une activité de médecine générale exclusive, soit 83%. 1 médecin a un **exercice mixte**, soit **17%** des médecins : il exerce une activité hospitalière. 1 médecin a des **compétences particulières**, soit **17%** : il s'agit de compétences en gastroentérologie.

Le nombre d'heures de travail par semaine s'étend de 40 à 55 heures, avec une **moyenne de 47 heures par semaine** (+ les gardes).

2 sont **maîtres de stage (33%)** ; 5 participent à des **FMC (83%)** ; aucun n'adhère à un syndicat représentatif ; aucun n'est membre du CDOM ; 2 sont **élus politiques** local, départemental ou régional, soit **33%**.

## 2.2. Impression générale

Le rythme des échanges a été sensiblement le même tout au long de la discussion. Les interventions des médecins sont globalement équilibrées même si un des médecins s'avère plus réservé que les autres, avec moins de prises de parole.

Le débat va tout de même aller un peu crescendo, les interactions entre les différents protagonistes s'établissant plus spontanément au fur et à mesure de la discussion. Le groupe s'avère relativement dynamique mais il y a peu de coupures de paroles. Les intervenants s'expriment la plupart du temps les uns après les autres, en veillant à ne pas s'interrompre.

Les propos du groupe s'avèrent relativement mesurés en ce qui concerne le sujet. Ils ne sont pas complètement opposés au principe de délégation de tâches mais ne sont pas non plus spécialement convaincus par l'utilité de la mise en place de telles mesures. Un seul semble un peu plus convaincu que les autres par le principe, prêt à le mettre en place dès aujourd'hui. Le groupe s'avère extrêmement homogène en ce qui concerne les points de vue.

Le débat est interrompu au bout de 50 minutes.

## 2.3. Analyse de l'entretien

### 2.3.1. Questions ouvertes générales

Tous les médecins du groupe affirment ne **jamais avoir vraiment réfléchi** à la problématique de délégation de tâches auparavant même si certains déclarent y avoir été sensibilisés avec la consultation des pharmaciens récemment évoquée dans la presse spécialisée.

### 2.3.2 Besoins des médecins interrogés

#### 1) Ont-ils le sentiment d'effectuer des actes qui ne relèvent pas de leurs compétences et qui leur prennent du temps ?

Un médecin (6) cite l'exemple des **prises de sang à domicile** qu'il effectuait lui-même avant que des infirmières ne s'installent sur son secteur. « *Quand on faisait des prises de sang, aller faire des TP à domicile (...) et quand l'infirmière s'est installée, progressivement c'est elle qui a fait toutes les prises de sang...* »

Plusieurs participants (4, 3, 6, 2) citent ensuite diverses **tâches administratives** très chronophages, telles que les DSI (Demandes de Soins Infirmiers), et qui ne relèvent pas de leur compétences. « *Ça devient d'une lourdeur incommensurable (...) c'est lourd, c'est 20 minutes si on veut les remplir...* » : 4 ; « *L'infirmière est plus à même de répondre aux questionnaires...* » : 2.

#### 2) Désirent-ils avoir plus de temps à consacrer aux « actes médicaux » ?

L'ensemble des médecins souhaiterait qu'on les **décharge de leurs tâches administratives afin de pouvoir se consacrer davantage à la médecine**. « *Si on veut que le médecin fasse un petit peu plus de médecine, il faudrait peut-être qu'on diminue la paperasserie...* » : 6.

Pour un des médecins (2), il serait même souhaitable de **déléguer des pathologies aiguës bénignes afin d'avoir plus de temps à consacrer aux actes plus compliqués**. « *La délégation de tâches pourrait être assurée (...) pour des pathologies bénignes comme les rhinopharyngites, ce qui permettrait d'avoir plus de temps à consacrer aux autres. (...) si tu fais moins d'actes, globalement tu auras plus de temps pour faire des actes compliqués...* »

Néanmoins, un des médecins (6) évoque à plusieurs reprises **ne pas ressentir de réel besoin** à déléguer des tâches car il ne s'estime pas particulièrement débordé pour l'instant. « *Personnellement, on n'est pas contre le mur à être obligé de dire il faut que je délègue parce que je n'en peux plus (...) c'est valable s'il y a 50 personnes en salle d'attente, moi je n'ai jamais 50 personnes en salle d'attente (...) nous ne sommes pas dans la situation où il faut déjà commencer à déléguer...* »

### 2.3.3. Situation actuelle

#### 1) Quelle est la nature de leurs relations avec les infirmières ?

Pour l'ensemble des médecins, **les relations avec les infirmières de leur secteur sont excellentes**. Ils les trouvent plutôt **compétentes** et avouent se reposer pas mal sur elles, notamment en leur **déléguant déjà un certain nombre de tâches**. « *Quand il y a des problèmes d'hypoglycémie, elles nous appellent (...) elles dépistent un petit peu, nous, on se repose quand même pas mal...* » : 4 ; « *Sur les pansements, on le fait déjà (...) on les écoute et on fait ce qu'elles disent...* » : 5 ; « *Je pense qu'on fait déjà de la délégation de tâches chez les personnes âgées, dans du chronique, de la surveillance.* » : 6 ; « *Les DSI, moi, je ne les remplis pas. C'est le centre de soins ou l'infirmière qui les remplit et je les signe. (...) c'est une tâche médicale qu'on délègue...* » : 4.

## 2) Quels sont les actes pour lesquels il existe une collaboration étroite ?

Les actes volontiers délégués sont consignés dans le tableau ci-dessous ; il s'agit d'actes de **surveillance**, de **soins locaux**, ou encore de **tâches administratives**.

Actes délégués	Leurs mots	Qui ?
Surveillance	« les prises de tension »	1, 4, 6
	« quand il y a des problèmes d'hypoglycémie, elles nous appellent »	4
	« chez les personnes âgées, dans du chronique, de la surveillance »	6
Soins locaux	« le pansement »	5
Tâches administratives	« les DSI »	4

### 2.3.4. Souhais des médecins interrogés

#### 1) Sont-ils prêts à déléguer certains actes ?

Les **6 médecins** se disent **plutôt prêts à déléguer** certains actes, même s'ils ne sont **pas tous d'accord sur le type d'actes** à déléguer, et **sur le professionnel** à qui déléguer.

Un des médecins (2) envisage d'ailleurs tout à fait de pouvoir confier certaines tâches aux **pharmaciens**, et notamment la prise en charge de pathologies aiguës bénignes. « *La délégation de tâches pourrait être assurée par le pharmacien pour des pathologies bénignes comme les rhinopharyngites...* ». Pour les autres médecins, la délégation doit plutôt se faire envers **les infirmières**. « *Je crois que l'auxiliaire quand même du médecin, c'est l'infirmière, ce n'est pas le pharmacien...* » : 1.

Leur **motivation** principale reste **l'amélioration de la prise en charge** des patients (« *pour que notre médecine soit plus efficace...* » : 6) et **non le gain de temps**. « *Ça ne nous enlève pas de travail...* » : 1, 5 ; « *Je ne vois pas vraiment ce qu'on peut enlever (...) ça ne diminue pas notre charge* » : 5.

Par ailleurs, certains médecins (6, 5) sont persuadés qu'il y a **plus de tâches à créer qu'à déléguer** puisqu'ils citent spontanément des actes non réalisés par leurs soins. « *Je pense qu'on pourrait leur demander plus, pour que notre médecine soit plus efficace, plutôt que de leur demander de faire ce qu'on fait parce qu'il y a plus à faire...* » : 6 ; « *Mais là, on n'est plus dans la délégation, on est dans la création de soins (...) il y a plus à créer qu'à déléguer (...) c'est des choses qu'on n'a pas le temps de faire...* » : 5.

## 2) Quels actes pourraient-ils envisager de déléguer ?

Champ d'activité	Actes déléguables	Qui ?
<b>Promotion de la santé</b>	▪ Prévention individuelle :	
	- « <i>les prises de poids, les conseils diététiques</i> »	1
	- « <i>les chroniques hypertendus, les obèses, les gens qui fument trop...</i> »	6
	- « <i>un suivi de poids, accompagner quelqu'un qui veut faire un régime, le peser régulièrement, le motiver...</i> »	3
	▪ Prévention collective : dépistage	1, 4
	▪ Vaccinations	1
<b>Suivi de pathologies chroniques stabilisées</b>	▪ Surveillance de tension artérielle	1, 2, 3
	▪ Surveillance et prescription du matériel pour les pansements	1, 5
	▪ Surveillance thérapeutique	6
<b>Consultations de première ligne</b>	▪ Pathologies bénignes (ex rhinopharyngites)	2
	▪ Peser et mesurer les enfants	6

Parmi les actes cités ci-dessus, certains n'ont **pas obtenu un consensus** au sein du groupe. Il s'agit de :

- la prise en charge de **pathologies aiguës bénignes**. « *Dans les pathologies aiguës, je ne sais pas si c'est très facile de déléguer...* » : 3 ; « *Moi, je ne crois pas...* » : 1 ; « *Sur 50 gastroentérites, tu as toujours une appendicite qui peut se glisser là dedans...* » : 4 ; « *La pathologie aiguë, ça ne les concerne pas...* » : 1 ;

- la **prévention individuelle**. « C'est important aussi que tu le fasses parce que ce que tu dis est quand même écouté d'une façon différente de ce que dit l'infirmière... » : 5.

Il y a aussi certains actes qu'ils ne souhaitent absolument pas déléguer :

- l'**examen du nourrisson**. « C'est un peu plus délicat (...) tu t'assures que le nourrisson va bien et dans 99% des cas, ils vont bien mais de temps en temps, on trouve de la pathologie et il vaut mieux la dépister rapidement... » : 2 ;

- la **régulation téléphonique**. « C'est un peu casse-gueule quand même (...) ça demande quand même à avoir eu déjà une activité d'analyse et de diagnostic » : 5.

### 3) Quelles sont les conditions sine qua non à une délégation des tâches ?

Conditions	Leurs mots	Qui ?
<b>Rémunération correcte des infirmières</b>	« ...dans la mesure où elles sont rémunérées bien sûr, ça ne peut pas être des actes gratuits... »	1
<b>Pénurie de médecins</b>	▪ « Quand il y a beaucoup de travail, la délégation est souhaitable... »	2
	▪ « Si on considère que l'avenir de la médecine, du fait du manque de médecins, passe par une délégation d'un certain nombre de soins... »	5
<b>Formation des infirmières</b>	▪ « Ou alors former des gens parce qu'ils sont déjà surchargés aussi... »	3
	▪ « Elles n'ont pas de formation médicale alors leur confier des diagnostics... »	6
<b>Mise en place de protocoles précis</b>	« Un acte de vaccination (...) ça peut être quand même mathématique, ça peut être bien encadré... »	4
<b>Consensus sur une même pathologie</b>	▪ « Les gens qui sont vus plus souvent ont l'impression d'être mieux suivis par leur médecin (...) il faut qu'il y ait une certaine coordination au niveau de l'ensemble des médecins... »	2
	▪ « Il faut qu'il y ait un consensus sur une même pathologie... »	1

Signalons que dans la suite du débat, deux autres conditions ont été développées. Il s'agit de :

- l'exercice quasi-obligatoire au sein d'un **lieu unique**, avec des **temps d'échanges prédéfinis** ;

- **une modification du mode de rémunération actuel**, le paiement à l'acte étant pour certains incompatible avec la mise en place d'une délégation de tâches.

Ces deux conditions sine qua non seront détaillées plus amplement dans les paragraphes suivants.

### 2.3.5. Les principaux freins

#### 1) Les freins spontanément évoqués

Nous avons choisi de garder l'ordre chronologique dans lequel ceux-ci ont été abordés par les participants.

##### a) Responsabilité des actes délégués

Un médecin (3) évoque très rapidement ses craintes en ce qui concerne la délégation de pathologies aiguës, pour lesquelles **le médecin engagerait sa propre responsabilité sans avoir pour autant établi lui-même le diagnostic**. « *Dans les pathologies aiguës, je ne sais pas si c'est très facile de déléguer (...) parce c'est quand même sous la responsabilité du médecin. Il faut déjà qu'un diagnostic soit fait au départ...* »

##### b) Changement du rythme des consultations

Un médecin (6) redoute que la délégation de certains actes « faciles » ne modifie considérablement le rythme de ses consultations puisqu'il se verrait **contraint d'effectuer uniquement des actes compliqués très chronophages**. « *Pour avoir un bon équilibre dans notre activité, il faut quand même aussi qu'on ait des actes qui soient faciles et qui ne fassent pas mal à la tête pour équilibrer les actes chiants...* »

Un autre médecin (2) pense au contraire que ce changement de rythme ne peut qu'être bénéfique dans le sens où ça lui permettrait d'avoir **plus de temps pour les actes compliqués**. « *Si tu fais moins d'actes globalement, tu auras plus de temps pour les actes compliqués...* »

c) Manque d'infirmières et manque de motivation de leur part

Trois médecins (3, 5, 1) évoquent le problème de **pénurie en infirmières libérales**. A la vue de leur charge de travail, il semble difficile de leur rajouter des tâches supplémentaires sauf si **elles-mêmes délèguent certaines activités**. « *Il risque d'y avoir un problème de démographie des paramédicaux si on délègue (...) parce qu'ils sont déjà surchargés aussi...* » : 3 ; « *Ils sont déjà archi au taquet. C'est vrai que si on délègue, ils vont avoir plein de travail...* » : 5 ; « *Il faut faire pareil de leur côté. Il faut qu'elles délèguent pour les toilettes...* » : 1.

Un des médecins (4) évoque également le probable **manque de motivation** de leur part : « *Est-ce que les infirmières, elles accepteraient simplement de faire ce qu'on demande là... ? Peut-être qu'elles auraient peur...* »

d) Peur que les patients soient moins bien pris en charge

L'ensemble des médecins craint que la délégation de tâches ne fasse **courir certains risques aux patients**, essentiellement en raison d'un problème de compétences de la part des paramédicaux. « *Sur 50 gastroentérites, tu as toujours une appendicite qui peut se glisser là dedans...* » : 4 ; « *Si on délègue des diagnostics, on va retomber dans une autre situation : prise de risque, erreur...* » : 6 ; « *Leur confier des diagnostics, ça veut dire que c'est courir le risque, dans les 15 gastro qu'elles vont voir, de passer à côté de l'appendicite...* » : 6 ; « *On ne peut pas former des médecins en deux ans sans faire courir un risque...* » : 6.

Un médecin (5) est par ailleurs persuadé que la délégation de tâches n'apportera **aucun bénéfice pour la qualité des soins en cas de pénurie médicale**. Selon lui, même si certaines tâches sont effectuées par d'autres professionnels afin de leur permettre de voir plus de patients, cela ne rendra pas pour autant plus facile la tâche des médecins amenés à **voir davantage de personnes sur une journée, avec une prise de risque plus importante qu'à l'heure actuelle**. *« Le problème, c'est que si on estime qu'on a besoin de déléguer parce qu'il y a trop de travail, on considère effectivement qu'il va falloir qu'on voit plus de monde par personne (...) si tu fais 12 heures de consultations et que tu vois 50 bonhommes, il y a des chances qu'au 50<sup>ème</sup> tu puisses passer à côté de n'importe quoi, et même si on t'a prémâché le boulot (...) ça ne va pas améliorer la qualité des soins... »*

e) Difficultés pour recruter des infirmières compétentes

Un médecin (6) déclare qu'il lui semble **difficile de pouvoir déléguer certains actes aux infirmières, dans l'état actuel de leurs connaissances et de leurs compétences**. *« J'ai toujours été étonné du peu de compréhension qu'ont les infirmières du diabète, comme elles s'affolent sur un chiffre (...) comme elles ont du mal à faire la part des choses... »*

f) Remise en cause de la relation privilégiée médecin / patient

Deux médecins (5, 1) craignent pour **la relation de confiance** entre le médecin et son patient **si plusieurs personnes se répartissent les tâches** lors d'une même consultation. *« C'est le système anglais après quid de la relation directe entre le médecin et son patient ? (...) on a déjà plein de patients qui se plaignent de comment ils sont traités dans les hôpitaux où on ne les écoute pas, où on ne les entend pas, où ils sont des numéros (...) 60% de tes consultations, c'est des gens qui ne se sentent pas bien et le contact, la discussion avec le médecin, elle est hyper importante (...) quand tu prends la tension, quand tu les fais monter sur la balance, tu en profites pour discuter (...) Tout ça, tu le perds et tu arrives à un truc qui est hyper froid. (...) c'est un peu déshumaniser la médecine... » : 5.*

g) Peur de ne plus prendre en charge le patient de façon globale

Un médecin (6) redoute qu'un partage des tâches n'ait pour conséquence une **prise en charge du patient moins globale** et par la même qu'on puisse **passer à côté de certains problèmes** de santé. « *On nous a toujours dit quand vous voyez un patient, il faut l'examiner des pieds à la tête (...) on le fait plus ou moins mais c'est vrai que dans les consultations banales, c'est aussi là qu'on dépiste des trucs parce qu'on aura discuté avec lui. Cette façon de recevoir et puis de discuter, puis de poser la question vous avez ça et puis vous n'avez pas autre chose, est-ce que les infirmières le feront ? Pas sûr et c'est pourtant bien à cette occasion là qu'on a découvert un certain nombre de pathologies (...) moi, j'aurais peur de passer à côté de cas compliqués... »*

h) Sentiment d'être mal suivi pour le patient

Un médecin (2) pense que les patients pris en charge par des paramédicaux pour certains actes risquent de se sentir **moins bien suivis que les patients pris en charge intégralement par leur médecin**. « *Chez un hypertendu, il y a une étude comparative entre un suivi semestriel et puis trimestriel comme on fait et il n'y a strictement aucune différence en termes de morbidité et de mortalité. Le problème, c'est que si certains médecins se mettent à voir tous les 6 mois les patients et puis d'autres continuent à les voir tous les 3 mois, ceux qui sont vus tous les 6 mois auront l'impression d'être mal suivis par les patients par rapport aux autres... »*

i) Retard sur la prise de conscience des problèmes démographiques

Certains médecins déclarent (2, 4) ne **pas voir l'urgence de la situation démographique** et donc l'intérêt de s'impliquer dans la délégation de tâches dès aujourd'hui. « *Il ne faut tout de même pas perdre de vue que le manque de médecins, il va être transitoire. Après, ça va remonter... » : 2 ; « Et puis, il va être aussi géographique... » : 4.*

## 2) Les freins évoqués après relance de l'animateur

### a) Raisons financières

L'ensemble des médecins du groupe déclare **qu'il ne s'agit pas, pour eux, d'un frein** à la délégation de tâches.

La première raison, c'est qu'ils **ne voient pas ce que cela va leur enlever en termes d'actes** puisqu'il s'agit plus de tâches inexistantes qui sont à créer que de délégation d'activités. « *Moi, je dis non parce que c'est quelque chose de supplémentaire (...) ce n'est pas quelque chose qui va tellement nous prendre de travail...* » : 1.

La seconde raison, c'est qu'ils avouent n'avoir **aucun problème de revenus** et même si certains actes étaient délégués, ils ne se sentiraient pas trop pénalisés. « *Si on part sur le statut de départ d'un médecin qui a trop de travail parce que la démographie médicale aura diminué, si on délègue et que ça enlève un peu de boulot, ça sera aussi bien. Ce n'est pas une question de revenus, après on gagne tous suffisamment.* » : 5.

### b) Problème de coordination et de définition précise des rôles

Il ne s'agit **pas non plus d'une de leurs craintes** car leur expérience personnelle avec les paramédicaux de leur secteur leur apporte une **confiance totale** en ce qui concerne la coordination des actes délégués. « *Vu comment ça se passe ici, avec le personnel infirmier qu'il y a, non (...) on renouvelle l'ordonnance, on ne voit même pas le patient parce qu'effectivement il a été vu par les infirmières qui le voient régulièrement (...) ça se fait déjà, on le fait déjà, nous, et ça marche très bien...* » : 5.

### c) Problèmes logistiques

Certains médecins (4, 1, 2, 6) pensent qu'il est **plus facile de déléguer quand on exerce au sein d'une maison médicale** commune, notamment pour les pathologies aiguës. « *Moi, je pense qu'il faut être en maison médicale pour faire ça...* » : 4 ; « *Moi, je pense que ça simplifie...* » : 1 ; « *C'est vrai que c'est plus facile si c'est en maison médicale...* » : 2 ; « *L'avantage de la maison médicale dans ces cas là, il est aussi dans l'échange que tu peux avoir avec les autres professionnels de santé et paramédicaux, sur un dossier particulier...* » : 6.

Néanmoins, ils considèrent que le non exercice en maison médicale ne constitue **pas pour autant un frein, la communication pouvant se faire par d'autres moyens faciles**. « *Ce n'est pas rédhibitoire quand même (...) avec les moyens de communication qui existent maintenant, il y a Internet, il y a le téléphone (...) le dossier, il peut rester chez le patient...* » : 6.

### d) Financement des infirmières

Pour un des médecins (1), le mode de financement des infirmières est également à revoir car **le paiement à l'acte est une entrave** à une délégation de tâches optimale. « *Les infirmières sont obligées de faire du rentable comme elles sont en libéral...* »

### 2.3.6. Discussion sur de nouveaux modes de rémunération

Comme le groupe précédent s'était largement exprimé sur le sujet, nous avons voulu connaître l'opinion des médecins de ce groupe concernant **le paiement à l'acte et l'obstacle éventuel** que celui-ci peut générer dans le cadre d'une délégation de tâches.

Un médecin (6) pense que si on garde le **paiement à l'acte** avec le système de délégation de tâches, il faudra absolument revoir la **rémunération des actes compliqués** afin de ne pas pénaliser financièrement les médecins qui auraient délégué les actes simples. « *Si le médecin délègue tout ce qui est acte facile, qui ne fait pas mal à la tête, qui ne dure pas longtemps et qui est facturé une consultation, uniquement pour faire de la médecine difficile plus lente, effectivement il faut que l'acte soit mieux rémunéré...* »

Un autre médecin (5) pense que **le paiement à l'acte est incompatible** avec la délégation de tâches et qu'il faut trouver un nouveau mode de rémunération. Il évoque notamment **le salariat ou le paiement par forfait**. *« Au niveau de la rémunération, effectivement ça ne peut pas se faire, après le seul moyen d'englober ça, c'est de ne plus avoir un paiement à l'acte, c'est d'avoir un salaire, une rémunération forfaitaire mensuelle (...) je suis relativement pour si elle est bien étudiée (...) on n'est pas spécialement des libéraux, je veux dire on est salarié de la sécurité sociale (...) c'est vrai qu'un paiement avec un forfait global, en plus, ça enlèverait ce contact avec le patient où tu lui demandes de l'argent (...) de plus, effectivement, ça enlèverait le travail de certains médecins qui font de la course à l'acte... »*

Un troisième médecin (2) se montre **plus sceptique** en ce qui concerne le salariat ou le paiement par forfait. Il évoque certains **effets pervers** : *« Parce que le médecin pourrait être tenté de ralentir son activité (...) au niveau de l'offre de soins, ça risque d'être tout de même moins bien pour les patients... »*

### **3. Groupe d'Audincourt**

#### **3.1. Caractéristiques du groupe**

##### **3.1.1. Phase de recrutement**

**15 médecins ont été initialement contactés par courrier.** Parmi les 15, on pouvait dénombrer 5 femmes et 10 hommes.

**Lors de la relance téléphonique, nous avons obtenu 4 refus d'emblée :**

- 2 ont évoqué un manque de temps ;
- 2 pour cause de vacances au moment de la date proposée.

Sur les 11 médecins restants, 4 ont eu l'air très motivé par l'expérience, 4 moyennement motivés et 3 très peu motivés. Dans les semaines précédant la date du focus group, **2 médecins se sont désistés** pour cause de vacances.

La veille de la date initialement prévue, nous avons à priori **9 participants**. Malheureusement, en raison d'un problème de santé nous concernant, **l'entretien a du être reprogrammé à une date ultérieure**. Sur les 9 médecins initialement partants, 3 d'entre eux n'étaient malheureusement pas disponibles à la nouvelle date. Nous avons peu d'autres dates possibles avant le début des vacances scolaires et nous avons donc choisi d'organiser le groupe malgré tout. Dans les jours précédents la date du focus group, **aucun des médecins ayant répondu présents ne s'est désisté**.

Le groupe a finalement été composé de **6 médecins**. Le taux de participation par rapport au recrutement effectué s'élève donc à 40%.

##### **3.1.2. Caractéristiques du groupe final**

Les 6 médecins sont âgés de 35 à 61 ans, avec un **âge moyen de 48 ans**. On dénombre 3 femmes et 3 hommes, soit une **féminisation du groupe à 50%**. Les années d'installation s'étendent de 1974 à 2004, avec une **durée d'exercice moyenne de 17 ans**.

3 médecins exercent **en groupe** et 3 ont un **exercice isolé**, soit **50/50**. Ils exercent tous en **secteur urbain** (> 10000 hts).

5 médecins ont une activité de médecine générale exclusive, soit 83% des médecins. 1 a un **exercice mixte**, soit **17%** : il est coordonnateur en EHPAD. 2 médecins ont des **compétences particulières**, ce qui équivaut à **33%** des médecins interrogés. Les compétences citées sont les suivantes :

- santé publique
- DU de maladies du sein

Le nombre d'heures de travail par semaine s'étend de 40 à 65 heures, avec une **moyenne de 51 heures par semaine** (+ les gardes).

1 est **maître de stage (17%)** ; 6 participent à des **FMC (100%)** ; 2 adhèrent à un **syndicat représentatif (33%)** ; aucun n'est membre du CDOM ; aucun n'est élu politique local, départemental ou régional.

### 3.2. Impression générale

Le rythme des échanges a été sensiblement le même tout au long de la discussion. Les interventions des médecins s'avèrent à peu près équilibrées.

Le groupe est assez dynamique avec un flux de paroles assez rapide. Les prises de position sont relativement brèves, en réponse aux stimulations de l'animateur. On note peu d'interactions entre les différents participants mais plusieurs moments où différents protagonistes s'expriment en même temps.

Les propos du groupe s'avèrent relativement homogènes en ce qui concerne le sujet. Ils ne sont pas particulièrement opposés à la délégation de tâches dans certaines mesures mais mettent spontanément en avant les principaux freins à la mise en place de telles mesures.

Le débat est interrompu au bout de 48 mn.

### 3.3. Analyse de l'entretien

#### 3.3.1. Questions ouvertes générales

L'ensemble des médecins affirme **ne jamais y avoir vraiment réfléchi** même si comme nous le verrons plus tard, certains d'entre eux déclarent déléguer déjà un certain nombre de tâches aux infirmières de leur secteur.

#### 3.3.2. Besoins des médecins interrogés

##### 1) Ont-ils le sentiment d'effectuer des actes qui ne relèvent pas de leurs compétences et qui leur prennent du temps ?

Un médecin (1) cite l'exemple des **prises de sang** qu'il lui arrive d'effectuer au cabinet lorsque les patients refusent de se rendre au laboratoire. « *Ils viennent le matin pour leur diabète, tous les 3 mois et puis tu leur piques, ils ne veulent pas aller au labo...* »

Un autre médecin (3) évoque **les réfections de pansements** en sortant des urgences.

Un médecin (1) cite **les vaccins** mais trois de ses confrères (2, 6, 4) expriment leur désaccord, la vaccination devant rester selon eux un **acte médical**. « *C'est une responsabilité médicale...* » : 2 ; « *C'est un acte considéré comme un acte médical...* » : 4.

##### 2) Désirent-ils avoir plus de temps à consacrer aux « actes médicaux » ?

Pour 4 des médecins (2, 6, 4, 3), il ne semble **pas exister de réel besoin** à l'heure actuelle. « *Moi, ça ne me gêne pas...* » : 2 ; « *Pour nous, il ne se pose pas le problème finalement. Il n'y a aucun intérêt...* » : 6.

### 3.3.3. Situation actuelle

#### 1) Quelle est la nature de leurs relations avec les infirmières ?

D'une manière générale, **les relations entre médecins et infirmières sont plutôt bonnes** avec une relation de **confiance optimale**. « *Ça s'intègre dans un travail d'équipe quand il y a une surveillance particulière à faire pour les patients (...) on travaille en confiance (...) elles administrent après simplement une prescription téléphonique...* » : 4 ; « *Elles m'aident vraiment beaucoup (...) auprès des personnes âgées (...) moi, je suis en sécurité de savoir que s'il y a quelque chose d'anormal, elles m'appellent...* » : 2 ; « *Elles me téléphonent pour savoir si on peut changer alors pas de problème...* » : 1. Néanmoins, pour un médecin (2), il semble exister une **différence selon qu'il s'agisse d'infirmières libérales ou de centres de soins**. « *Avec une petite nuance : quand ce sont des libérales, on pourrait les joindre, mais quand ce sont les centres de soins, ce ne sont jamais les mêmes qui passent et le partage des informations n'est pas toujours bon...* »

Certains médecins (2, 1, 3) estiment d'ores et **déjà déléguer un certain nombre d'actes** envers les infirmières, car ils les considèrent **plus compétentes** qu'eux dans certains domaines. « *On a déjà fait un petit peu de délégation des tâches sur certaines pathologies...* » : 2 ; « *Je délègue parce que des fois, elles ont plus l'habitude que moi...* » : 1 ; « *En escarres, des fois les traitements sont changés, tu ne sais même pas...* » : 3 ; « *Je pense que les infirmières qui ont l'habitude de traiter ce type de pathologie, elles sont au point et elles se rendent compte qu'il y a certains produits qui marchent mieux que d'autres, plus que nous...* » : 1.

Selon un autre médecin (5), la plupart des tâches citées par ses collègues ne constituent **en rien une forme de délégation** puisque les infirmières n'agissent pas de leur propre initiative. « *Pour l'instant, on ne délègue rien du tout parce qu'elles nous appellent et on leur dit ce qu'il faut faire et elles le font...* »

## 2) Quels sont les actes pour lesquels il existe une collaboration étroite ?

Les actes volontiers délégués sont consignés dans le tableau suivant; il s'agit essentiellement d'actes de **surveillance** mais aussi de **soins locaux**, **certaines vaccinations** ou encore **certaines tâches administratives**.

Actes délégués	Leurs mots	Qui ?
<b>Surveillance</b>	« la surveillance des médicaments (...) quelqu'un qui est sous AVK, on leur demande de refaire le boîtier en fonction du résultat... »	2
	« dans le cadre précis justement des fins de vie... »	4
	« la gestion de toutes les insulines... »	6
<b>Soins locaux</b>	« les soins d'ulcères... »	4
	« en escarres... »	3, 1
<b>Vaccinations</b>	« les vaccins anti-grippe (...) c'est déjà fait ça... »	3
<b>Tâches administratives</b>	« les protocoles de soins infirmiers (...), elles me les remplissent... »	1, 3

### 3.3.4. Souhaits des médecins interrogés

#### 1) Sont-ils prêts à déléguer certains actes ?

La plupart des médecins (1, 3, 4, 5, 6) se déclarent **plutôt prêts à déléguer** certains actes mais pas n'importe lesquels et pas à n'importe quelles conditions.

Ainsi, un médecin (5) pense qu'il est **plus facile de déléguer dans des centres** plutôt qu'en activité libérale. « *Moi, je pense que ce n'est possible que s'il y a des centres comme l'éducation de l'asthmatique. Il y a un centre, on peut déléguer. Autrement, je crois que ce n'est pas possible, ce n'est pas gérable...* »

Pour un médecin (6), il est **plus facile de déléguer des tâches ciblées** plutôt que des tâches où une appréciation clinique entre en jeu. « *C'est peut-être plus simple de déléguer des tâches ciblées comme une prise de tensions, (...) un INR à la limite, tu peux encore, c'est chiffré. Après, quand tu commences à déléguer sur des choses où l'aspect clinique rentre en jeu, l'appréciation n'est plus la même...* »

Un autre médecin (3) ne voit **pas l'intérêt de déléguer des tâches qui ne sont pas suffisamment fréquentes**. « *Un frottis, ça fait partie d'un examen gynéco, c'est à faire tous les deux ans, je ne vois pas l'intérêt de déléguer des tâches qui ne soient pas suffisamment fréquentes...* »

Pour un des médecins (4), il vaut mieux **élargir leur champ de compétences dans leurs fonctions de tous les jours** plutôt que de leur déléguer des actes effectués par les médecins. « *Elargir leurs compétences à des choses médicales, ça paraît délicat...* ».

Un des médecins (2) n'est **pas particulièrement motivé** par la délégation de certaines tâches notamment parce qu'il aime avoir une **activité diversifiée**. « *Les tâches, moi, ne me déplaisent pas...* ». Il préfère parler plutôt d'un degré d'initiative à céder aux infirmières.

## 2) Quels actes pourraient-ils envisager de déléguer ?

Champ d'activité	Actes délégables	Qui ?
<b>Promotion de la santé</b>	▪ Education thérapeutique	6
	▪ Dépistage organisé : col de l'utérus, sein, colo-rectal	6, 2, 4
	▪ Vaccinations	4
<b>Suivi de pathologies chroniques stabilisées</b>	▪ Adaptation des doses d'anticoagulants en fonction de l'INR	5, 6
	▪ Surveillance de tension artérielle	6, 3
	▪ Surveillance thérapeutique	2
	▪ Surveillance glycémique	6
	▪ Suivi des escarres et des plaies	3
	▪ Prescription du matériel pour les pansements	4
	▪ Actes techniques (ex changement de canule)	1
<b>Consultations de première ligne</b>	▪ Examen du nourrisson	5
	▪ Désensibilisations	2, 3
	▪ Réfection des pansements en sortant des urgences	3
	▪ Peser et mesurer les enfants	5
<b>Tâches administratives</b>	▪ Formulaires PIRES	4
	▪ Courriers divers	1

Parmi les actes cités ci-dessus, **certains ne font pas l'objet d'un consensus**. Il s'agit de :

- **l'éducation thérapeutique.** « *C'est ton boulot d'expliquer comment fonctionne un Symbicort (...) je suis quand même bien contente de voir comment il se sert de sa Ventoline ou de son pchit-pchit...* » : 2 ;

- **le dépistage, et notamment le frottis.** « *L'examen gynéco comporte quand même un TV parce que c'est quand même couillon de passer à côté d'un cancer des ovaires...* » : 2 ; « *Un frottis, ça fait partie d'un examen gynéco, c'est à faire tous les deux ans, je ne vois pas l'intérêt de déléguer des tâches qui ne soient pas assez fréquentes...* » : 3 ;

- **l'examen du nourrisson.** « *Elles ne vont pas les examiner, elles ne sont pas médecins...* » : 3.

Il existe également certains actes qu'ils ne souhaitent **absolument pas déléguer** :

- **la décision médicale.** « *Ce que je ne veux pas déléguer et qui m'énerve profondément, c'est quand je suis de garde et qu'à minuit j'appelle le SAMU et que l'ambulancier vient et dit derrière moi « Non, je ne veux pas le SAMU »... »* : 1 ;

- **la régulation téléphonique.** « *C'est déjà dur pour les médecins... »* : 4 ; « *Il faut faire gaffe parce que sur 50 gastro, il y aura une appendicite, une méningite. C'est toujours le problème de la médecine... »* : 2 ;

- **le problème diagnostique (6) ;**

- **la thérapeutique.** « *Je ne voudrais pas qu'elle augmente les bêta-bloquants... »* : 2.

### 3) Quelles sont les conditions sine qua non à une délégation des tâches ?

Conditions	Leurs mots	Qui ?
Mise en place de protocoles précis	▪ « <i>Tu établis un protocole... »</i>	4
	▪ « <i>Il faut fixer des limites... »</i> :	3
Délégation partielle et non transfert de compétences	« <i>C'est une délégation partielle, c'est-à-dire que tu ne délègues pas tout, c'est un partenaire... »</i>	6
Application au cas par cas	« <i>L'hypertendu qui ne pose pas de problème, qu'on renouvelle 3 ou 4 fois, on le fait déjà. Celui qui a un problème, qu'il faut voir tous les mois, ce n'est pas la fait de déléguer à une infirmière qui va simplifier les choses... »</i>	4
Coordination et synthèse des informations	« <i>Il faut que ce soit ponctuel, pas pour des trucs chroniques (...) quand c'est trop long, on ne peut pas après faire la synthèse... »</i>	5
Relation de confiance	▪ « <i>La délégation à ce moment là, elle suppose qu'avec ton infirmière, tu as une sacrée connivence ou confiance ou formation commune... »</i>	6
	▪ « <i>Il faut vraiment avoir une confiance... »</i>	4
Formation des infirmières	▪ « <i>Elargir leur formation... »</i>	3
	▪ « <i>Ils sont formés pour l'asthme, ils sont formés voilà... »</i>	4
	▪ « <i>ça nécessite une formation... »</i>	3

Signalons que dans la suite du débat, quatre autres conditions ont été développées. Il s'agit de :

- la mise en place d'une **responsabilité partagée**, les médecins ne devant pas être seuls responsables des actes délégués ;
- l'exercice quasi-obligatoire des professionnels concernés au sein d'un **lieu unique, avec des temps d'échanges prédéfinis** ;
- l'**absence de tâches administratives supplémentaires** telles que des formulaires à remplir ;
- la **non multiplication des intervenants** afin de ne pas « découper le patient en morceaux » et ainsi conserver une prise en charge globale.

Ces 3 conditions sine qua non seront détaillées plus amplement dans les paragraphes suivants.

### 3.3.5. Les principaux freins

#### 1) Les freins spontanément évoqués

Nous avons choisi de garder l'ordre chronologique dans lequel ceux-ci ont été abordés par les participants.

##### a) Manque d'infirmières et manque de motivation de leur part

La plupart des médecins craignent que les infirmières ne soient **ni suffisamment nombreuses ni suffisamment motivées** pour que l'on puisse envisager de leur déléguer certaines tâches. « *Elles n'ont pas le temps, c'est déjà des fois difficile de les trouver (...) pour des trucs tout simples, tu ne vas pas leur demander d'aller faire de l'éducation, ce n'est pas possible. On n'a pas les moyens...* » : 1 ; « *Il y a des gestes qu'elles ne veulent plus faire, les infirmières. Tu vois, comme changer une canule...* » : 1 ; « *Est-ce que les paramédicaux sont aussi demandeurs pour avoir plus de tâches, ce n'est pas tout de vouloir déléguer...* » : 4 ; « *Elles sont débordées...* » : 3 ; « *Les infirmières du coin, elles sont toutes surbookées...* » : 4.

Deux médecins (3, 4) déclarent qu'il faudrait que **les infirmières puissent également déléguer certaines tâches** à d'autres paramédicaux afin qu'on puisse leur en donner de nouvelles. « *Elles auraient des choses à déléguer, les pauvres...* » : 3 ; « *Déjà les toilettes...* » : 4.

### b) Responsabilité des actes délégués

Pour de nombreux médecins (2, 4, 5, 1), la responsabilité des actes délégués constitue un problème majeur. Il leur semble **difficile d'être responsables de soins qu'ils n'ont pas effectués** eux-mêmes et souhaitent que la **responsabilité de l'infirmière soit engagée**. « *Comment veux-tu répondre par téléphone sur une escarre, une plaie que tu n'as pas vue, tu ne peux pas, c'est impossible...* » : 5 ; « *Que ce soit la responsabilité de l'infirmière et pas celle du médecin...* » : 1 ; « *Elles sont infirmières ou elles sont médecins, c'est le problème (...) parce qu'après, c'est une question de responsabilité...* » : 1 ; « *S'il y a un problème, par exemple une erreur sur les médicaments, qui est responsable ?* » : 1.

### c) Peur que les patients soient moins bien pris en charge

Trois médecins (4, 2, 6) redoutent que la délégation de certaines tâches, et notamment **la régulation téléphonique**, ne fasse courir **certains risques aux patients** qui seraient alors moins bien pris en charge. « *La régulation téléphonique, c'est déjà dur pour les médecins...* » : 4 ; « *C'est-à-dire qu'il faut faire gaffe parce que sur 50 gastro, il y aura une appendicite, une méningite. C'est toujours le problème de la médecine...* » : 2.

### d) Remise en cause de la relation privilégiée médecin / malade

Un médecin (2) craint que **si on multiplie les intervenants**, on assiste à une remise en cause de la relation privilégiée médecin / malade essentielle pour les patients. « *Il ne faut pas aussi multiplier les intervenants parce que pour un simple examen gynécologique, pourquoi il n'y aurait pas une palpeuse de seins, pourquoi pas une frotteuse de cols et après pourquoi on ne ferait pas la synthèse avec l'examen abdominal, avec le TV. La dame, elle ne va pas être contente de passer entre trois paires de mains...* »

### e) Peur de ne plus prendre en charge le patient de façon globale

Pour deux médecins (2, 5), la délégation de certains actes risque **d'influer sur la prise en charge globale**, caractéristique principale de la médecine générale. « *Le fait de tripoter, de piquer (...) ça fait partie d'un tout...* » : 2.

Ils craignent ainsi que **le retour de l'information ne soit défaillant**, comme c'est parfois le cas avec certains de leurs confrères spécialistes. « *C'est comme les femmes qui ne sont suivies que par les gynéco et que nous, on ne voit pas...* » : 5 ; « *Quand c'est trop long, on ne peut pas après faire la synthèse. Le patient, on le connaît un petit peu dans sa globalité, c'est ça qui est important (...) tu shantes, tu shantes certaines choses (...) comme par exemple les patients qui ont une pathologie néoplasique, ils sont suivis en onco, on ne les voit plus que pour leur tension...* » : 5.

#### f) Problèmes de coordination et de définition précise des rôles

Deux médecins (2, 6) craignent que la **coordination ne soit plus compliquée** qu'il n'y paraît. « *Le problème de la transmission de la tâche, est-ce qu'on va bien s'être fait comprendre de l'infirmière pour qu'elle puisse transmettre le message ? Ça devient un intermédiaire supplémentaire (...) plus tu multiplies les maillons de la chaîne...* » : 2 ; « *Et puis, il y a le problème du maintien dans le temps de la coordination entre deux professionnels. Tu peux, avec le temps, que les retours ne soient plus les mêmes...* » : 6 ; « *Il va y avoir la manière dont tu délègues la tâche (...) est-ce qu'on fera ça en tête à tête avec l'infirmière ou est-ce que ça va être un truc qui sera automatique ?* » : 6.

#### g) Problèmes logistiques

Certains médecins (1, 6, 5) pensent qu'il est **difficile de déléguer si les professionnels n'exercent pas au sein d'un lieu unique et s'il n'existe pas de temps d'échanges définis**. « *Tu délègues mais il faut toujours, à un moment donné, faire le point au niveau médical pour savoir où on en est...* » : 1 ; « *Je reviens au problème du travail commun (...) qui, à mon avis, dans le fonctionnement du binôme, me paraît important...* » : 6 ; « *Cette délégation serait plus intéressante dans le cadre d'une maison médicale polyvalente avec médecins et infirmières parce que je pense que tous ces problèmes qui sont sous-jacents, d'échappement, de ne pas être suivi, quand tu es sur un lieu commun, avec des locaux communs et un mode de fonctionnement commun, là tu peux te mettre autour d'une table ou entre deux portes...* » : 6.

#### h) Difficultés pour recruter des infirmières compétentes

Pour plusieurs médecins (4, 3, 2, 1), il semble impossible de déléguer actuellement pour la simple et bonne raison qu'il est **difficile de recruter des infirmières suffisamment compétentes**. « *Ces gens là, ils sont formés pour l'asthme, ils sont formés, voilà, on ne peut pas prendre une infirmière lambda et dire « tu feras l'éducation pour l'asthmatique ou l'éducation pour le diabétique »... » : 4 ; « Moi, je ne comprends pas. Comment elles peuvent faire un diagnostic ? Il faut être formé quand même... » : 3 ; « Regarde par exemple pour les Lantus, pour leur faire comprendre que c'est au bout de trois jours seulement qu'on change et si on a dépassé le seuil de 1,20, moi, j'ai un mal fou (...) elles ont peur comme si c'était une insuline rapide... » : 2 ; « L'INR, elles ont la trouille parce que ça saigne... » : 1.*

#### i) Peur d'une surcharge administrative supplémentaire

Trois médecins (1, 2, 3) redoutent que le système de délégation ne passe par une surcharge administrative supplémentaire, avec **des formulaires compliqués à remplir**, ce qui serait loin de leur faire gagner du temps. « *Parce que le problème en déléguant, si on t'envoie un dossier comme ça à remplir, ça va être pire qu'avant. Je préfère le faire parce que moi, remplir deux pages, ça me prendra plus de temps... » : 1 ; « Tu as meilleur temps de le piquer, de remplir ton carnet et d'empocher tes 20 balles... » : 2.*

#### j) Peur d'une certaine monotonie

Un médecin (2) a **peur d'une certaine monotonie** dans son activité professionnelle si les actes techniques sont délégués à d'autres professionnels. « *J'ai peur d'une certaine monotonie si on n'en demeure qu'à des actes intellectuels. C'est intéressant de varier, de faire des actes techniques, faire un pansement, ce n'est pas désagréable une fois par mois... »*

## 2) Les freins évoqués après relance de l'animateur

### a) Raisons financières

Seuls deux médecins (2, 3) se sont exprimés sur le sujet. Ils craignent effectivement que la délégation d'une partie de leurs actes n'entraîne **une perte de revenus**. « *Scier la branche sur laquelle on est assis...* » : 3 ; « *On va crever de faim si tu es payé au loup...* » : 2.

### b) Peur d'une dépréciation du métier de médecin généraliste

**Aucun des médecins du groupe** ne semble avoir peur qu'une délégation n'aboutisse à une dépréciation de leur métier.

### 3.3.6. Discussion sur de nouveaux modes de rémunération

Comme dans les deux groupes précédents, nous avons voulu connaître leur opinion en ce qui concerne **le paiement à l'acte et d'autres modes de rémunération** éventuels.

Trois médecins (2, 3, 1) désirent **conserver le paiement à l'acte** comme mode de rémunération car ils craignent une baisse de leurs revenus avec un autre type de paiement. « *Enfin, on sera en fin de carrière. Ah ben, là, ça videra les cabinets...* » : 2 ; « *Le paiement nous va bien...* » : 3 ; « *C'est non catégorique. On est bête mais pas tant que ça...* » : 1.

Notamment, en ce qui concerne **le salariat**, trois médecins (1, 3, 4) estiment qu'ils **ne travailleront pas autant** s'ils devenaient salariés. « *Il ne faudra pas nous demander les mêmes choses...* » : 1 ; « *Les 35 heures...* » : 3 ; « *On arrête à cinq heures le soir (...) on démarre à neuf heures et puis on a six semaines de vacances payées* » : 4.

Un médecin (1) craint par ailleurs qu'un **paiement au forfait ne le surcharge encore plus en paperasserie**. « *Qui dit forfait, dit justificatif (...) si tu veux être payé pour un truc, il va falloir que tu remplisses (...) on ne va pas être payé s'il n'y a pas de preuve...* »

Pour un médecin (6), le **paiement à l'acte n'a plus d'avenir** et il ne semble **pas opposé à la mise en place d'un salariat**. *« Le paiement à l'acte, il est perdu, c'est tout. Le paiement à l'acte, il va disparaître... »* ; *« Je pense que le médecin généraliste anglais a un revenu aussi bon, si ce n'est supérieur au nôtre en moyenne... »*

#### 4. Tableau récapitulatif et comparatif

##### 4.1. Caractéristiques des groupes

	<b>Pagney/Pesmes</b>	<b>Pont de Roide</b>	<b>Audincourt</b>	<b>Synthèse</b>
<b>Recrutement initial</b>	10 médecins (dont 3 femmes)	11 médecins (dont 1 femme)	15 médecins (dont 5 femmes)	36 médecins (dont 9 femmes)
<b>Composition finale</b>	6 médecins	6 médecins	6 médecins	18 médecins
<b>Taux de participation</b>	60%	55%	40%	50%
<b>Age moyen</b>	46 ans	52 ans	48 ans	49 ans
<b>Féminisation</b>	50%	0%	50%	33%
<b>Durée d'exercice</b>	15 ans	23 ans	17 ans	18 ans
<b>Type d'exercice</b>	Maison médicale (MM)	Groupe : 67% Isolé : 33%	Groupe : 50% Isolé : 50%	MM : 33% Groupe : 39% Isolé : 28%
<b>Secteur d'activité</b>	Rural	Rural : 50% Semi-rural : 50%	Urbain	Rural : 50% Semi-rural : 17% Urbain : 33%
<b>Exercice mixte</b>	33%	17%	17%	22%
<b>Compétences particulières</b>	67%	17%	33%	39%
<b>Travail hebdomadaire</b>	47 heures	47 heures	51 heures	48 heures
<b>Maîtres de stage</b>	67%	33%	17%	39%
<b>FMC</b>	100%	83%	100%	94%
<b>Syndicat</b>	50%	0%	33%	28%
<b>CDOM</b>	0%	0%	0%	0%
<b>Elu politique</b>	0%	33%	0%	11%

## 4.2. Analyses des entretiens

### 4.2.1. Questions ouvertes générales

	<b>Pagney/Pesmes</b>	<b>Pont de Roide</b>	<b>Audincourt</b>
<b>Réflexion antérieure sur le sujet</b>	Jamais : 1, 2 Un peu : 3, 5, 6 Beaucoup : 4	Jamais : tous	Jamais : tous

### 4.2.2. Besoins des médecins interrogés

	<b>Pagney/ Pesmes</b>	<b>Pont de Roide</b>	<b>Audincourt</b>
<b>Sentiment d'effectuer des actes ne relevant pas de leurs compétences et qui leur prennent du temps</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Education thérapeutique</li> <li>▪ Dépistage</li> <li>▪ Prévention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prises de sang à domicile</li> <li>▪ Tâches administratives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prises de sang</li> <li>▪ Réfection de pansements</li> <li>▪ Vaccins</li> </ul>
<b>Désir d'avoir plus de temps à consacrer aux « actes médicaux »</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui pour un médecin</li> <li>▪ Pas de besoin réel pour un médecin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui pour la plupart (en les déchargeant des tâches administratives voire des pathologies aiguës bénignes)</li> <li>▪ Pas de besoin réel pour un médecin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas de besoin réel pour 4 médecins</li> </ul>

### 4.2.3. Situation actuelle

	<b>Pagney/Pesmes</b>	<b>Pont de Roide</b>	<b>Audincourt</b>
<b>Relations avec les infirmières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plutôt bonnes</li> <li>▪ Collaboration très étroite si infirmières au sein de la maison médicale</li> <li>▪ Communication facilitée par cahier de liaison + téléphone</li> <li>▪ Manque de retours pour un médecin</li> <li>▪ Peu de délégation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Excellentes</li> <li>▪ Infirmières plutôt compétentes</li> <li>▪ Délégation de certaines tâches</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plutôt bonnes</li> <li>▪ Confiance +++</li> <li>▪ Différences entre infirmières libérales et centres de soins pour un médecin</li> <li>▪ Délégation de certaines tâches</li> <li>▪ Les actes cités par ses collègues ne constituent pas de réelles délégations selon un médecin</li> </ul>
<b>Actes volontiers délégués</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Démonstrations pour l'utilisation de certains appareils</li> <li>▪ Soins locaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surveillance</li> <li>▪ Soins locaux</li> <li>▪ Tâches administratives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surveillance</li> <li>▪ Soins locaux</li> <li>▪ Vaccinations</li> <li>▪ Tâches administratives</li> </ul>

4.2.4. Souhaits des médecins interrogés

		<b>Pagney/Pesmes</b>	<b>Pont de Roide</b>	<b>Audincourt</b>
<b>Prêts à déléguer ?</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui pour 4 médecins (dont un très motivé)</li> <li>▪ Pour améliorer la prise en charge des patients</li> <li>▪ Plutôt améliorer certaines pratiques existantes pour un médecin</li> <li>▪ Un médecin réfractaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui pour tous</li> <li>▪ Envers les infirmières pour la plupart, voire envers les pharmaciens pour un médecin</li> <li>▪ Pour améliorer la prise en charge et non gagner du temps</li> <li>▪ Plus de tâches à créer qu'à déléguer pour certains</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui pour la plupart</li> <li>▪ Plus facile dans des centres dédiés pour un médecin</li> <li>▪ Plus facile pour des tâches ciblées selon un médecin</li> <li>▪ Seulement pour des tâches fréquentes selon un médecin</li> <li>▪ Plutôt élargir leur champ de compétences selon un médecin</li> </ul>
<b>Actes déléguables</b> <i>(NB : en italique ceux qui n'ont pas fait l'objet d'un consensus)</i>	<b>Promotion de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Education et prévention individuelle</i></li> <li>- Prévention collective et dépistage</li> <li>- Vaccinations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Prévention individuelle</i></li> <li>- Prévention collective et dépistage</li> <li>- Vaccinations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Education thérapeutique</i></li> <li>- <i>Dépistage</i></li> <li>- Vaccinations</li> </ul>

<b>Actes délégués</b>	<b>Suivi de pathologies chroniques stabilisées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur</li> <li>- Insuline et anticoagulants</li> <li>- Surveillance biologique et TA</li> <li>- Ulcères et plaies</li> <li>- Prescription (<i>renouvellements</i> + pansements)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TA</li> <li>- Pansements avec prescription possible</li> <li>- Surveillance thérapeutique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticoagulants</li> <li>- TA</li> <li>- Glycémie</li> <li>- Surveillance thérapeutique</li> <li>- Escarres + plaies</li> <li>- Prescription pour les pansements</li> <li>- Actes techniques</li> </ul>
	<b>Consultations de première ligne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Petits gestes</li> <li>- Peser et mesurer</li> <li>- <i>Examen du nourrisson</i></li> <li>- <i>Régulation téléphonique</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Pathologies bénignes</i></li> <li>- Peser et mesurer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Examen du nourrisson</i></li> <li>- Désensibilisation</li> <li>- Pansements</li> <li>- Peser et mesurer</li> </ul>
<b>Actes non délégués</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen du nourrisson</li> <li>- Régulation téléphonique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décision médicale</li> <li>- Régulation téléphonique</li> <li>- Diagnostic</li> <li>- Thérapeutique</li> </ul>

<b>Conditions sine qua non</b>	<b>Formation des infirmières</b>	+	+	+
	<b>Protocoles précis</b>	+	+	+
	<b>Coordination et synthèse des informations</b>	+		+
	<b>Application au cas par cas</b>	+		+
	<b>Responsabilité partagée</b>	+		+
	<b>Lieu unique</b>	+	+	+
	<b>Modification de la rémunération</b>	+	+	
	<b>Rémunération correcte des infirmières</b>	+		
	<b>Pénurie médicale</b>	+		
	<b>Consensus sur une même pathologie</b>		+	
	<b>Délégation partielle</b>			+
	<b>Relation de confiance</b>			+
	<b>Pas de paperasserie</b>			+
	<b>Peu d'intervenants</b>			+

#### 4.2.5. Les principaux freins

	<b>PP</b>	<b>PDR</b>	<b>A</b>
<b>Retard sur la prise de conscience des problèmes démographiques</b>	+	+	
<b>Manque de temps</b>	+		
<b>Problèmes logistiques</b>	+	+	+
<b>Changement du rythme des consultations</b>		+	
<b>Peur d'une dépréciation du métier</b>	+		-
<b>Peur de la monotonie</b>			+
<b>Peur d'une surcharge administrative</b>			+
<b>Problèmes de coordination et de définition des rôles</b>	+	-	+
<b>Peur de ne plus prendre en charge de façon globale</b>	+	+	+
<b>Remise en cause de la relation médecin / patient</b>	+	+	+
<b>Manque d'infirmières et de motivation</b>	+	+	+
<b>Financement des infirmières</b>	+	+	
<b>Difficultés pour recruter des infirmières compétentes</b>	+	+	+
<b>Peur d'une prise en charge moins efficiente</b>	+	+	+
<b>Responsabilité</b>	+	+	+
<b>Raisons financières</b>	+	-	+

**PP** : groupe de Pagney / Pesmes

**PDR** : groupe de Pont de Roide

**A** : groupe d'Audincourt

**+** : oui spontané

**+** : oui après relance

**-** : non après relance

4.2.6. Réflexion sur de nouveaux modes de rémunération

	<b>Pagney/Pesmes</b>	<b>Pont de Roide</b>	<b>Audincourt</b>
<b>Paiement à l'acte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obsolète pour la plupart des médecins</li> <li>▪ Avantages : actes simples et actes compliqués payés de la même façon, prévention réalisée lors des consultations faciles</li> <li>▪ Inconvénients : prévention aléatoire, course à l'acte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meilleure rémunération pour les actes compliqués en cas de délégation dans un système de paiement à l'acte selon un médecin</li> <li>▪ Incompatible avec la délégation de tâches selon un médecin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idéal pour 3 médecins car peur d'une baisse de revenus</li> <li>▪ Condamné selon un médecin</li> </ul>
<b>Système forfaitaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solution idéale pour un médecin car permet une prise en charge plus globale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un médecin sceptique car redoute des effets pervers</li> <li>▪ Avantages : plus de rapport à l'argent, plus de course à l'acte</li> <li>▪ Inconvénients : risque de ralentir l'activité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Crainte d'une surcharge administrative pour un médecin</li> </ul>
<b>Salariat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solution idéale pour un médecin car plus de rapport à l'argent lors de la consultation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un médecin sceptique car redoute des effets pervers</li> <li>▪ Avantages : plus de rapport à l'argent, plus de course à l'acte</li> <li>▪ Inconvénients : risque de ralentir l'activité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ralentissement de l'activité selon 3 médecins</li> <li>▪ Envisageable pour un médecin</li> </ul>