

Transfert de compétences, délégation de tâches : historique et éclairage juridique

Docteur Vincent HAZEBROUCQ,

Radiologue des hôpitaux à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, maître de conférences des universités à l'Université Paris Descartes et directeur du diplôme d'imagerie médico-légale de cette université

Les sombres perspectives de la démographie médicale des prochaines décennies¹ s'ajoutent aux bouleversements de la pratique médicale découlant des progrès des connaissances et des technologies pour suggérer périodiquement depuis la fin des années 1990 une redéfinition des périmètres d'action des professions médicales et paramédicales, sous diverses appellations : les expressions *délégation de tâches / transfert de compétences / délégation de compétences / transfert de tâches* ont été successivement employées dans divers rapports adressés aux ministres de la santé successifs par les Doyens de facultés de médecine, l'Ordre des médecins, la Caisse nationale d'assurance maladie, les professeurs Guy Nicolas et Yvon Berland puis l'Observatoire de la démographie médicale².

Depuis quelques décennies, par ailleurs, nombre de professionnels et de gestionnaires de santé rapportent de séjours à l'étranger (Australie, USA, Canada, et en Europe le Royaume-Uni, la Hollande, les pays nordiques...), des pratiques très différentes des nôtres, avec des professions réglementairement impossibles en France mais qui visiblement ne posent dans ces pays aucun problème de qualité ou de sécurité des soins : *sonographes* (techniciens d'échographie), optométristes, infirmiers cliniciens ou encore pharmaciens cliniciens...

L'expression "*transfert de compétences*" étant coutumière aux parlementaires depuis le processus de décentralisation qui attribuait aux collectivités territoriales de nombreuses compétences autrefois concentrées par l'État, le Parlement l'a utilisée pour adopter, à l'occasion de la loi 2004-806 du 9 août 2004 '*relative à la politique de santé publique*', un article de loi autorisant le ministre chargé de la Santé à déroger par arrêtés

ministériels aux lois et décrets régissant les conditions légales d'exercice des médecins et des auxiliaires médicaux, et rendant ainsi possibles des expérimentations "*de coopération entre professionnels de santé et de transferts de compétences*"³.

À ce jour, deux séries d'expérimentations ont été successivement lancées, par les arrêtés du 13 Déc. 2004 et du 30 Déc. 2006⁴:

■ Dans la première série de 2004, seule la cinquième et dernière expérimentation concernait la radiothérapie et les manipulateurs de radiologie (simulation dosimétrique, contourage des organes cibles et dosimétrie complexe, sites expérimentateurs : Institut Curie de Paris, Centre Alexis Vautrin de Nancy et CH d'Argenteuil).

■ Dans la seconde série, l'**expérimentation n°3** permet à des infirmiers sélectionnés et préalablement formés (et non des manipulateurs de radiologie...) de cardiologie de pratiquer - sans les interpréter - des échocardiographies standardisées, sous la surveillance et la responsabilité de cardiologues qui les interprètent (sites autorisés : Hôpital La Timone, AP-HM et Hôpital Louis Pradel, HCL) ; l'**expérimentation n°4** permet aux manipulateurs de radiologie sélectionnés et préalablement formés de pratiquer - sans les interpréter - des échodopplers vasculaires, des échographies abdominales et thyroïdiennes standardisées, sous la surveillance et la responsabilité de médecins radiologues qui renvoient chaque patient et interprètent les examens (sites autorisés : CHRU de Rouen, CHR de Metz, Clinique Pasteur de Toulouse).

La Haute autorité de Santé doit très prochainement faire connaître ses conclusions d'analyse des résultats de ces expérimentations et publier des recommandations qui serviront

au Ministre de la Santé et au législateur pour faire évoluer la loi.

Ajoutons qu'une disposition de la *loi de finance de la sécurité sociale pour 2007* a par ailleurs autorisé les infirmiers, comme avant eux les kinésithérapeutes, à prescrire à leurs patients, certains dispositifs médicaux (pansements et bandages divers)⁵. Enfin, il faut rappeler que la loi du 4 mars 2002 a rendu possible en France l'exercice de l'ostéopathie (=manipulations musculo-squelettiques et myofasciales, ayant pour but exclusif de remédier à des troubles fonctionnels, non organiques) dont les décrets d'application ne sont parus que dernièrement⁶.

On peut se demander pourquoi notre pays paraît si frileux et tardif à adopter des pratiques ayant fait leur preuve dans de nombreux autres pays ; plusieurs explications peuvent être proposées, et notamment dans le domaine juridique.

Il faut en effet rappeler qu'en France, selon l'expression du Pr Demichel, l'activité médicale, si elle a bien une définition *juridique*, n'a pas de définition *légale*⁷.

De fait, la définition juridique résulte indirectement de l'article L. 4161-1 du Code de la santé publique, article qui réprime l'exercice illégal de la médecine en définissant le monopole médical comme tout ce qui englobe "... l'établissement d'un diagnostic ou (le) traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou (...) l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine". La jurisprudence a précisé que les actes recouvraient le diagnostic des maladies somatiques ou psychiques, médicales ou chirurgicales, ainsi que toutes

¹ Ces évolutions démographiques résultent en particulier de la gestion inconséquente du *numerus clausus*, longtemps utilisé par les tutelles - non sans la complicité des syndicats libéraux - comme curseur de régulation de l'offre de soins, au fil des fluctuations du "Trou de la sécu" (avec le succès que l'on sait...).

² *Colloque sur l'accompagnement individuel des Rencontres parlementaires "Santé, société, entreprise"*, Paris, 5 mai 2004 : le Pr Yvon Berland, rapporteur de la Mission "Coopération des professions de santé, le transfert de tâches et de compétences" évoquait la nécessité de développer des expérimentations visant à démontrer que des paramédicaux (infirmières, manipulateurs, orthoptistes...) pouvaient dans certains cas se substituer aux médecins pour la prise en charge de certains actes de proximité sur les patients. Étaient alors notamment cités des actes techniques (comme par exemple l'échographie et l'échocardiographie, certains examens ophtalmologiques tels l'optométrie...), ainsi que plusieurs prises en charges cliniques (certaines consultations d'hépatologie, de diabétologie ou de lutte contre l'obésité).

³ *Article 131 loi 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique* : "Des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé peuvent être prévues par dérogation aux articles L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4371-1 du code de la santé publique, par arrêté du ministre chargé de la santé. Cet arrêté fixe les modalités précises de ces expérimentations, et notamment la nature et la liste des actes, la durée de l'expérimentation, les établissements et services qui en sont chargés, les conditions de mise en oeuvre, ainsi que les modalités de son évaluation."

⁴ *Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé* (NOR: SANH0424219A J.O n° 10 du 13 janvier 2005 page 557 texte n° 20) et *Arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé* (NOR: SANH0621438A J.O n° 83 du 7 avril 2006 page 5263 texte n° 10).

⁵ *Art. 51 de la LFSS 2007 (loi 2006-1640 du 21 décembre 2006)* : "L'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé : "Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient."

⁶ *Décret 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie* (NOR: SANH0721330D J.O n° 73 du 27 mars 2007 page 5662 texte n° 20) modifié par le *Décret 2007-1564 du 2 novembre 2007* (NOR: SJS07066367D J.O n° 256 du 4 novembre 2007 page 18104 texte n° 11)

sortes de thérapeutiques diverses, notamment psychanalytiques ou psychothérapeutiques, diététiques, magnétiques, l'hypnose, les manipulations chiropratiques et divers massages à but thérapeutique, les traitements acoustiques, galvanothérapeutiques, phytothérapeutiques, la radiesthésie, ... En revanche, les interventions d'ecclésiastiques (exorcistes...) et de divers ministres de différents cultes constituent en principe *'des actes de foi'* qui échappent dès lors au monopole médical. De cette définition très large découle le fait que les auxiliaires paramédicaux sont en France les professionnels de santé qui, *"sans être médecins"*, sont toutefois légalement autorisés à effectuer - selon les cas, de façon autonome ou 'sous la prescription et la surveillance d'un médecin', voire seulement *'sous la surveillance directe' ou encore 'en présence d'un médecin'* - certains actes normalement médicaux, en sus d'actes professionnels *'propres'*, plus ou moins précisément définis selon les filières.

Notre définition simple et 'carrée' des actes médicaux n'est pas universelle, loin s'en faut, de sorte que le développement extensif de diverses activités paramédicales dans d'autres pays s'explique partiellement par d'autres façons de définir les activités des médecins et de leurs auxiliaires. La nature des formations initiales des uns et des autres est - sans doute - également importante ; il ne manque pas d'arguments valides pour affirmer que la généralisation du système *Licence - Mastère - Doctorat* préconisé par la Commission européenne pourrait, avec l'universitarisation des professions paramédicales, favoriser une coopération médicale accrue entre les différents membres de l'équipe médicale et même autoriser des passerelles entre les métiers, notamment au titre de la valorisation des acquis de l'expérience (VAE).

Précisons également que la *télé-médecine* est encadrée en France par l'article 32 de la loi 2004-810 du 13 août 2004, qui stipule que la télé-médecine consiste à effectuer des actes médicaux à distance, dans le strict respect des règles de déontologie et sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin⁸. C'est ainsi que l'interprétation à distance des radiographies est chez nous clairement un *acte médical* en ce qu'il s'agit d'élaborer un *diagnostic de santé* au vu d'un ou plusieurs examens radiologiques (ressortissant également du monopole médical).

D'autres pays, y compris européens, s'interrogent jusqu'à envisager de considérer que l'interprétation à distance et la rédaction d'un compte-rendu ne seraient qu'une *'simple et banale prestation de service'*, au même titre qu'une traduction, et

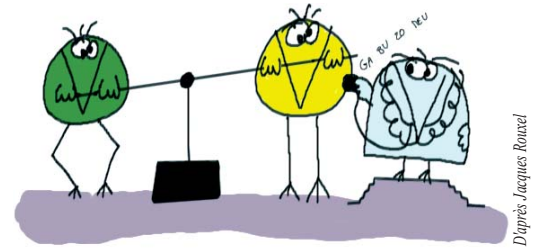
comme telle régie par les conventions de l'Organisation mondiale du commerce ; l'acte médical ne serait qu'ensuite consacré par le médecin qui exploite le compte-rendu auprès du patient pour établir son propre diagnostic et décider de son programme thérapeutique. Cette analyse permettrait de faire sauter les verrous protecteurs de la réglementation de l'exercice médical et favoriserait la délocalisation vers l'Inde, la Chine ou n'importe où de l'interprétation de certains examens radiologiques, et demain anapath... en profitant des différences de niveaux de vie et de rémunération entre nos pays et les pays émergents à démographie favorable. La mondialisation pourrait ainsi dévaster la médecine, après la sidérurgie, l'industrie textile ou électronique... en profitant de surcroît de la garantie de solvabilité assurée dans nos pays "riches" par la couverture de l'assurance maladie.

Un reportage du journal télévisé de TF1⁹ a récemment fait la promotion de Teleradiology SolutionsTM, une société de téléradiologie implantée à Bangalore (Inde) et New Haven (Connecticut, USA) et desservant en 2007 une cinquantaine d'hôpitaux nord-américains ; Son créateur, formé à Yale (USA) indiquait vouloir s'implanter en France dès 2008. Les lecteurs du Journal de radiologie y ont également sans doute relevé la petite annonce d'une Société Belge de téléradiologie (SodirayTM) proposant de satisfaire les besoins des hôpitaux français en manque de radiologues. *"On n'arrête pas le progrès..."* répétait autrefois chaque matin un célèbre chroniqueur radiophonique, qui affirme désormais, de façon tout aussi pertinente, *"Nous vivons une époque moderne..."*.

Précisons que le bilan effectué par les Britanniques des premières interprétations *'off-shore'* n'est pas aussi positif qu'escompté, car l'économie réalisée sur le prix unitaire est plus que compensée par la multiplication d'actes redondants demandés par manque de confiance des cliniciens et des patients envers des médecins totalement étrangers et dont les comptes-rendus et la terminologie s'écartent de ceux auxquels ils étaient habitués^{10&11}.

Pour en revenir au sujet central de la présente chronique, le lecteur comprendra sans doute facilement, avec les précisions exposées ci-dessus, la différence capitale entre :

- une *délégation de tâches*, dans laquelle le médecin est autorisé à faire effectuer, lorsqu'il le désire certains actes qui ressortent normalement de son monopole à des professionnels paramédicaux ; le médecin 'délégué' conserve ici la direction, la responsabilité et la surveillance des



D'après Jacques Rommel

actes du manipulateur 'délégué' ;

- un *transfert de compétences*, qui consiste en revanche à autonomiser l'auxiliaire médical en lui conférant juridiquement la possibilité de pratiquer, de façon autonome et sous sa propre responsabilité, des actes que le législateur déciderait d'écarter du monopole médical.

Outre cette nuance sémantique - subtile mais pas insignifiante - se pose ensuite la question "Jusqu'où peut-on / doit-on déléguer ou transférer ?"

Nos collègues Britanniques et Australiens, qui nous ont de longue date précédés sur ces chemins, ne semblent plus vouloir s'arrêter ; ils proposent désormais de faire interpréter par les manipulateurs les examens radiologiques "simples", que les radiologues n'ont objectivement pas toujours le temps d'interpréter... Et chacun reconnaîtra qu'il est facile de préférer un compte-rendu préparé par un manipulateur bien formé, expérimenté et disposant du temps nécessaire pour le faire posément, à celui qui serait établi par un jeune interne inexpérimenté, débordé et abandonné...

Le rédacteur de la présente chronique n'a pas la prétention de trancher définitivement les choix à faire devant ces possibilités.

Il observe toutefois qu'il semble paradoxal - sinon inepte - de sortir du monopole médical une partie des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques jusqu'ici réservés aux médecins, au motif d'une médecine débordée par la demande, alors que l'une des causes manifestes de cette surcharge médicale est l'accumulation sans cesse croissante de charges bureaucratiques autrefois assumées par diverses secrétaires et personnels administratifs, charges que la "réorganisation des services" tend à transférer sur les médecins : codage des actes, saisie et transmission électronique des feuilles de soins, préparation et délivrance des comptes-rendus (saisie directe ou dictée informatisée avec reconnaissance vocale, mise en forme, validation, etc.)...

À tout prendre, votre serviteur proposerait d'abord de délester les médecins de tout ce travail administratif, en le redonnant à du personnel ad hoc, plutôt qu'on le prive d'une partie de son propre travail pour lui laisser le temps de faire de la paperasse. Mais "Pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ?"

⁷ A. Demichel, Droit médical, 1983, Edition Berger-Levrault, cité par Lexbase.

⁸ Article 32 : " La télé-médecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical. "

⁹ TF1, journal télévisé du 20 heures, 12 février 2008.

¹⁰ Kenny, ML and Lau, LS, Clinical teleradiology - the purpose of principles, Med J Austr, 2008, 188 (4): 197-198.

¹¹ Dixon AK, FitzGerald R, Outsourcing and Teleradiology: Potential Benefits, Risks and Solutions From a UK/European Perspective, J Am College radiol, 2008 (1): 12-18

¹² Smith, TN et Baird M, Radiographers' role in radiological reporting: a model to support future demand, Med J Austr, 2007; 186 (12): 629-631