



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

DÉLÉGATION, TRANSFERT, NOUVEAUX METIERS... CONDITIONS DES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Rapport d'étape

Janvier 2007

**En collaboration avec l'Observatoire national de
la Démographie des Professionnels de Santé**

Direction de l'Évaluation des Stratégies de
Santé

Service Évaluation économique et Santé
publique

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
-------------------	---

DÉMARCHE GENERALE.....	5
-------------------------------	----------

I. CONTEXTE ET ENJEUX.....	5
-----------------------------------	----------

II. LA MISE EN PLACE D'EXPÉRIMENTATIONS ET LA MISSION CONFÉE À LA HAS	6
--	----------

III. ÉLÉMENTS DE DÉFINITION	7
--	----------

IV. PRINCIPES MÉTHODOLOGIQUES.....	8
---	----------

IV.1. LA STRUCTURATION GÉNÉRALE DU PROJET	8
---	---

IV.2. UNE ÉVALUATION STRUCTURÉE DES EXPÉRIMENTATIONS	9
--	---

IV.2.1. Un soutien méthodologique des promoteurs	9
--	---

IV.2.2. Une approche pragmatique de l'évaluation des expérimentations	9
---	---

IV.3. LA CONCERTATION AVEC LES ACTEURS CONCERNÉS.....	10
---	----

EVALUATION DES EXPERIMENTATIONS	12
--	-----------

I. DESCRIPTION DES EXPÉRIMENTATIONS	12
--	-----------

I.1. OBJECTIFS	12
----------------------	----

I.1.1. Définir les conditions d'une meilleure organisation des soins	12
--	----

I.1.2. Définir les conditions d'une valorisation des professions de santé	12
---	----

I.1.3. Etre des sites d'observation qui permettent d'alimenter la réflexion collective	13
--	----

I.2. PRÉSENTATION GÉNÉRALE	13
----------------------------------	----

I.3. ETAT D'AVANCEMENT DES PROJETS FIN 2006	14
---	----

II. OBJECTIFS ET METHODE DE L'ÉVALUATION	15
---	-----------

II.1. EVALUATION INTERNE.....	16
-------------------------------	----

II.1.1. Objectif.....	16
-----------------------	----

II.1.2. Méthode	16
-----------------------	----

II.2. RECUEIL DE L'AVIS DES PATIENTS	17
--	----

II.2.1. Objectif.....	17
-----------------------	----

II.2.2. Méthode	17
-----------------------	----

II.3. EVALUATION EXTERNE QUALITATIVE	18
--	----

II.3.1. Objectifs.....	18
------------------------	----

II.3.2. Méthode	18
-----------------------	----

ELABORATION DE LA RECOMMANDATION : OBJECTIF ET MÉTHODE	21
---	-----------

I. OBJECTIF	21
--------------------------	-----------

II. MÉTHODE.....	21
-------------------------	-----------

II.1. ANALYSE DES EXPÉRIMENTATIONS	21
--	----

II.2. ENSEIGNEMENTS DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES.....	21
---	----

II.3. CONSTITUTION DE GROUPES DE TRAVAIL	22
--	----

II.3.1. Les aspects réglementaires et juridiques.....	23
---	----

II.3.2.	La formation des professionnels de santé	23
II.3.3.	Les questions économiques et financières	23
II.4.	CONCERTATION AVEC LES PROFESSIONNELS	23
II.5.	ANALYSE DES ASPECTS D'ORGANISATION ET DE DÉMARCHE QUALITÉ	24
ANNEXE 1 : LISTE DES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES INVITÉES LE		
20/09/2006		25
ANNEXE 2 : COMPOSITION DES INSTANCES DE SUIVI		26
ANNEXE 3 : EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE PATIENT		27

INTRODUCTION

L'objectif principal de la mission qui a été confiée à la Haute Autorité de Santé par le Ministre de la Santé et des Solidarités, Xavier Bertrand, est l'élaboration d'une recommandation visant à clarifier les conditions de la coopération dans le domaine de la santé et à identifier les évolutions qui pourraient la faciliter, afin de préserver, voire d'améliorer, la qualité des soins pour les patients. Pour ce faire, la HAS s'appuiera notamment sur l'évaluation, dont elle est également chargée, des expérimentations qui ont été autorisées par les arrêtés de décembre 2004 et mars 2006.

La coopération, ou l'action de participer à une action ou une œuvre commune qui repose sur la responsabilité de chacun, est caractéristique de la pratique des professions de santé. Ce terme, générique, comporte plusieurs modalités dont la délégation et le transfert.

La coopération entre professionnels de santé est un axe de travail central pour l'avenir du système de santé.

- Le principal enjeu est d'améliorer la prise en charge des patients en adaptant l'intervention des professionnels tant aux évolutions de pratiques et de comportements qu'aux évolutions des techniques et des produits de santé.
- Le second enjeu relève de l'attractivité des professions, par la reconnaissance de leurs compétences réelles, l'amélioration de leurs conditions de travail et une possibilité d'évolution des carrières dans le soin.
- Le troisième enjeu découle du précédent, tout en étant plus conjoncturel car il s'inscrit dans le contexte annoncé de tension de la démographie médicale. La redéfinition du rôle de chaque acteur de santé dans la prise en charge des patients devrait permettre de faire face à la demande de soins.
- Le quatrième enjeu est de s'assurer de l'efficacité des nouvelles formes de coopération des professionnels de santé.

La coopération entre professionnels de santé repose sur la confiance que s'accordent les différents acteurs dans leur pratique quotidienne. Mais elle s'inscrit également dans un cadre qui structure l'organisation de notre système de santé en définissant les rôles, les identités et les responsabilités de chacun.

Pour renforcer la coopération, certaines évolutions réglementaires et professionnelles peuvent être nécessaires, telles qu'une reconnaissance de la délégation, du transfert de tâches ou la création de nouveaux métiers. Ces évolutions auront nécessairement un impact sur l'organisation du système de santé. Cet impact doit être anticipé et les conditions dans lesquelles les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé pourront se développer doivent être définies afin de préserver la cohérence de l'organisation du système.

DÉMARCHE GENERALE

Avant de présenter la mission confiée à la HAS, il est important de rappeler le contexte dans lequel elle s'inscrit pour comprendre les enjeux qui sont attachés à l'évolution des modes de coopération entre professionnels de santé. Une évolution des modes de coopération entre les professions de santé soulève de nombreuses questions de nature et de difficultés diverses et il est indispensable qu'elle repose sur une démarche rigoureuse et complète.

I. CONTEXTE ET ENJEUX

L'histoire de la médecine montre que le partage des rôles entre spécialités médicales et entre professionnels autour du patient est en perpétuelle évolution. Le contenu des métiers s'est adapté au cours du temps en fonction de l'émergence de problèmes de santé publique (par exemple la pneumo-phtysiologie avec la tuberculose, ou plus récemment l'addictologie), des progrès de la recherche scientifique et des innovations cliniques et techniques (découverte de l'asepsie, radiologie, radiothérapie...) et, aussi, des évolutions plus générales de la société (le travail des femmes, l'arbitrage travail/loisir).

Les pratiques de coopération qui modifient la répartition traditionnelle des rôles et des tâches entre professions médicales et paramédicales restent aujourd'hui peu connues bien que répandues¹. La reconnaissance et l'encadrement de ces pratiques issues du terrain, dont certaines se développent en dehors de tout cadre légal ou réglementaire, renvoient à deux enjeux fondamentaux.

Premièrement, la plupart de ces pratiques ne sont ni intégrées dans des démarches qualité ni évaluées. La reconnaissance et le développement de ces pratiques dans un cadre de qualité et de sécurité pour le patient s'inscrivent dans un objectif de qualité des soins partagé par tous les acteurs.

Deuxièmement, un certain nombre de professions ne sont donc pas reconnues dans leur pratique et compétences réelles. La redéfinition du contour des métiers et de la répartition des activités apparaît aujourd'hui comme un élément fondamental de l'attractivité des professions. Cette redéfinition a un rôle majeur tant sur le contenu des métiers que sur les conditions de leur exercice, en particulier par l'optimisation de l'activité de chaque professionnel, la reconnaissance des compétences, la valorisation financière, l'ouverture de nouvelles voies d'évolution professionnelle....

Outre l'inscription naturelle dans l'évolution historique de la médecine, la question de la coopération entre professionnels de santé s'insère dans une conjoncture actuelle de tension en termes de démographie professionnelle, tant médicale que paramédicale. L'optimisation de l'activité de chaque professionnel et donc du « temps médical et paramédical disponible » peut offrir une perspective de réponse aux difficultés actuelles de démographie que connaissent certaines professions médicales ou paramédicales.

¹ L'ONDPS signale ainsi que « des habitudes de pratique ont vu le jour, utilisant des acteurs paramédicaux à des tâches médicales ».

Enfin, un dernier enjeu est apparu dans de nombreux travaux et études menés à l'étranger depuis le début des années 70's, et particulièrement dans les pays anglo-saxon, sur le concept de « *skill-mix* »². Ces travaux posent et testent l'hypothèse selon laquelle une évolution du « *skill mix* » est non seulement efficace mais aussi efficiente.

Il ressort donc quatre enjeux potentiels à une évolution des modes de coopérations entre professionnels de santé : une amélioration de la prise en charge des patients par l'adaptation des pratiques à l'évolution de la médecine et de la société ; une meilleure attractivité des professions ; une optimisation du « temps professionnel » ayant potentiellement un impact positif sur les tensions démographiques actuelles ; et un gain d'efficience.

II. LA MISE EN PLACE D'EXPÉRIMENTATIONS ET LA MISSION CONFÉE À LA HAS

A la suite de la mission confiée au Pr. Berland par le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapé en 2003³, le Ministre de la santé a annoncé le lancement de plusieurs projets d'expérimentations portés par des équipes médicales volontaires. La loi d'orientation en santé publique du 9 août 2004, qui a été suivie par les deux arrêtés d'application de décembre 2004 (5 projets) et du 30 mars 2006 (10 nouveaux projets et 3 projets renouvelés), autorise la dérogation temporaire dans ce cadre expérimental.

L'ONDPS a encadré le travail de formalisation et d'évaluation des 5 premières expérimentations qui se sont déroulées en 2005. Le rapport d'évaluation publié par l'ONDPS en juillet 2006 conclut que « tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins »⁴. Ce rapport a, en outre, été suivi de dispositions législatives concernant l'organisation de la coopération dans certaines spécialités⁵.

² Le concept de « *skill-mix* » désigne la composition de l'équipe soignante et leurs attributions dans le processus de soins

³ Le Pr. Berland a été chargé d'analyser les opportunités de coopérations qui peuvent être développées entre différentes professions de santé, d'un point de vue conceptuel mais en encourageant également des expérimentations dans divers domaines d'activité clinique. « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », <http://www.sante.gouv.fr/ondps/>

⁴ « Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé », <http://www.sante.gouv.fr/ondps/>

⁵ L'une des expérimentations autorisée en décembre 2004 concernait le champ de la vision. Depuis, une disposition de la loi de financement de la sécurité sociale prévoit la réorganisation de l'activité des professionnels intervenant dans ce champ (article 54). Premièrement, les orthoptistes pourront exercer sur ordonnance médicale ou sous la responsabilité d'un médecin « notamment dans le cadre du cabinet d'un médecin ophtalmologiste ». Deuxièmement, « les opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de trois ans dans des conditions fixées par décret, à l'exclusion de celles établies pour les personnes âgées de moins de seize ans et sauf opposition du médecin ». Cette disposition fait suite à d'autres initiatives réglementaires modifiant les frontières entre différentes professions de santé dans des champs d'activité précis. Pour les exemples les plus récents, citons l'arrêté du 9 janvier 2006 autorisant les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire un nombre limité de dispositifs médicaux référencés et le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2007 proposant qu'un arrêté fixe, de la même manière, la liste de dispositifs médicaux qui pourraient être prescrits par les infirmiers (article 34).

L'arrêté du 30 mars 2006 étend la démarche expérimentale à 10 nouveaux projets avec la reconduction de 3 projets issus de l'arrêté de décembre 2004. Ce second arrêté permet d'élargir le champ observé et de compléter la nature des informations recueillies.

C'est dans ce cadre que M. le Ministre de la Santé et des Solidarité, Xavier Bertrand, a confié à la Haute Autorité de Santé une double mission :

- assurer le suivi de l'évaluation des expérimentations en cours en apportant aux promoteurs de ces expérimentations l'aide méthodologique et logistique nécessaire ;
- élaborer une recommandation générale dans ce domaine de la coopération entre professionnels de santé. Cette recommandation devra s'intéresser aux conditions des nouvelles formes de coopération : organisation des soins, formation des professionnels, etc. et devra porter sur : d'une part, les conditions de généralisation des expérimentations en cours ; d'autre part, sur une extension à l'ensemble du champ de la santé de la démarche.

Le travail de suivi, l'évaluation des expérimentations et la rédaction de la recommandation seront assurés par la HAS, en coopération avec l'ONDPS.

Ces deux missions sont intrinsèquement liées. L'évaluation des expérimentations doit permettre de recenser et de clarifier les questionnements émergeant de la redéfinition des contours et des attributions des professions de santé. Les éléments concrets d'évaluation vont ainsi nourrir les réflexions sur la perspective d'un élargissement de ces pratiques, au delà du stade expérimental et dérogatoire actuel.

L'élaboration d'une recommandation générale suppose aussi qu'un travail transversal soit mené en parallèle sur des thèmes fondamentaux, tels que la formation des professionnels, les aspects juridiques et réglementaires, les implications économiques et financières.

L'ensemble du processus doit pouvoir alimenter une concertation large avec les professions de santé.

III. ELÉMENTS DE DÉFINITION

Une condition essentielle et première à toute démarche de concertation, est de pouvoir disposer de termes sur lesquels tous les intervenants au débat puissent s'entendre. Or, différents termes sont associés à la notion de coopération : délégation, transfert, compétence, tâches, ... sans que l'on puisse trouver dans les travaux antérieurs de définition précise et stabilisée qui puisse jouer ce rôle.

A ce stade de la réflexion, les termes proposés ici ne peuvent être que provisoires. En effet, le travail de définition fait partie intégrante de la démarche conduite.

La **délégation** désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche⁶. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la

⁶ Il est possible de déléguer ou transférer des actes de soins et des tâches. Un **acte de soin** est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne.

Un acte de soin peut se décomposer en **tâches**, définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent donc être réalisées par des professionnels différents.

décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte.

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

La délégation et le transfert peuvent se faire à destination de corps professionnels existants mais il est également possible d'envisager, lorsque cela est pertinent, la création de **nouveaux métiers**.

Dans tous les cas, le professionnel qui se voit déléguer ou transférer un acte de soin ou une tâche doit posséder les **compétences** nécessaires, c'est-à-dire la maîtrise d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation (Matillon, 2003)⁷. 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 elle ne peut donc pas se déléguer. Les compétences peuvent être spécifique à un métier ou transversales à plusieurs métiers.

IV. PRINCIPES MÉTHODOLOGIQUES

Les principes méthodologiques retenus par la HAS pour remplir la mission qui lui a été confiée ont pour objectif de concilier les principes scientifiques et les contraintes liées aux conditions réelles de mise en place des expérimentations. Pour garantir la pertinence et l'acceptabilité de l'ensemble de la démarche, deux principes forts sous-tendent les orientations prises par le comité de suivi : une évaluation **structurée** et une **concertation** avec l'ensemble des acteurs impliqués.

IV.1. La structuration générale du projet

L'ensemble du projet résulte d'une coopération entre la Haute Autorité de Santé et l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. L'organigramme du projet est composé d'un Comité de suivi et, pour la partie évaluation, d'un Conseil scientifique. La composition de ces deux instances est disponible en annexe 2.

Le comité de suivi a pour mission le suivi des évaluations des expérimentations en cours et la rédaction d'une recommandation sur la généralisation des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Son rôle est donc de prendre les décisions sur l'ensemble du dossier.

Le conseil scientifique est un groupe pluridisciplinaire indépendant composé de méthodologistes (santé publique, économie de la santé, gestion) et de professionnels de santé invités à titre personnel compte tenu de leur connaissance du terrain et de leur intérêt pour les démarches d'évaluation (infirmiers, médecins spécialiste et généraliste, manipulateur en radiologie, sage-femme, kinésithérapeute). Le conseil scientifique a pour mission d'apporter une aide à la décision au comité de suivi sur le volet « évaluation des expérimentations ». Son rôle est d'attirer l'attention du comité de suivi sur toutes les questions méthodologiques soulevées par cette évaluation et il est

⁷ D'après Yves Matillon « Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé », Rapport de mission, Août 2003.

également une force de proposition. Le conseil scientifique garantit la qualité scientifique des travaux.

IV.2. Une évaluation structurée des expérimentations

IV.2.1. Un soutien méthodologique des promoteurs

La Haute Autorité de santé a mis à la disposition des expérimentateurs une cellule de soutien méthodologique pour les aider à élaborer leurs protocoles et outils d'évaluation interne. Comme dans le cas des cinq premières expérimentations, il est apparu qu'un travail initial de formalisation de la plupart des projets était indispensable.

Pour cela, des visites sur les sites ont été organisées au dernier semestre 2006, avec la rencontre du promoteur, du coordinateur opérationnel et, lorsque le projet le justifiait, de professionnels médicaux et paramédicaux.

Ces rencontres ont été l'occasion de faire un travail important de formalisation des projets avec les promoteurs. Cette démarche était essentielle, afin de pouvoir rendre compte de la manière la plus exhaustive possible de ce qui avait été réellement mis en place, sachant que le projet avait pu évoluer entre le moment de sa conception et la publication de l'arrêté.

Elles ont également permis de concevoir, ensemble, un cadre général pour l'évaluation, sur la base duquel la HAS a été en mesure de rédiger des protocoles adaptés aux objectifs et aux moyens de chaque projet d'expérimentation. Outre la rédaction de ces protocoles, la HAS a conçu les outils nécessaires au recueil de données, puis les a fait valider par les équipes afin de s'assurer de la faisabilité des méthodes proposées.

La HAS a par ailleurs soutenu les promoteurs dans leur recherche de ressources au niveau local par l'envoi d'un courrier aux institutions concernées (institutions, administration hospitalière) et au niveau national par une demande de financement de ces évaluations au ministère.

Enfin, la HAS a pris en charge les démarches administratives inhérentes à une étude de cet ordre auprès de la Commission nationale informatique et liberté et du Comité de protection des personnes

IV.2.2. Une approche pragmatique de l'évaluation des expérimentations

L'approche retenue pour l'évaluation des expérimentations ne relève pas d'une méthode expérimentale traditionnelle.

L'approche expérimentale (comme l'essai randomisé contrôlé dans l'évaluation des médicaments) consiste à évaluer l'impact d'un changement en maîtrisant l'évolution de tous les autres paramètres qui pourraient modifier les critères d'impact.

Le terme d'expérimentation a été retenu par le Ministère car, par l'arrêté, il a permis d'introduire un changement dans les modalités de la prise en charge. Il s'agit d'une condition nécessaire mais pas suffisante pour permettre une évaluation dans des conditions expérimentales.

Dans notre cas, une démarche expérimentale impliquerait de comparer la prise en charge habituelle par le médecin avec une situation où seul l'intervenant aurait changé, en s'assurant que les autres conditions de la prise en charge restent inchangées, en particulier le contexte de la prise en charge, l'organisation du service et les caractéristiques des patients. Cette maîtrise est ici impossible. D'autres approches, dites quasi-expérimentales, sont elles aussi difficiles à mettre en œuvre. Par exemple, une comparaison entre la situation avant et la situation après mise en œuvre de la nouvelle forme de coopération n'est pas possible car plusieurs équipes ont changé de pratique avant de concevoir l'évaluation ; une comparaison entre le site expérimentateur et d'autres sites (comparaison dite « ici/ailleurs ») est également très difficile parce que les équipes participantes ne sont pas comparables aux autres du fait, notamment, de leur volontariat.

La validité externe de ces évaluations est limitée parce qu'il n'existe pas de pratique de coopération standardisée : chaque site conçoit son propre mode d'organisation de la coopération en fonction de l'environnement institutionnel, des professionnels impliqués et de l'organisation du service. Plusieurs expérimentations ont même obtenu pour mener à bien leur projet un poste supplémentaire, l'organisation du service a donc été fondamentalement modifiée et il est impossible dans ce cas de savoir si les résultats observés sont attribuables au changement d'intervenant ou à ce poste supplémentaire. Enfin, et de façon bien connue dans la théorie de l'évaluation, l'inscription dans une démarche d'évaluation a obligé les équipes à un effort de formalisation et de protocolisation qui a nécessairement eu, en soi, un impact sur les pratiques de l'ensemble de l'équipe.

Ces contraintes sont inhérentes à toute démarche d'évaluation d'innovation sociale et doivent être prises en compte. Le suivi de projets de nature différente et l'association de plusieurs méthodes⁸ garantissent un faisceau d'observation qui permettra l'analyse de l'évolution des pratiques, des modalités de prise en charge et de la satisfaction des acteurs, à la suite d'un changement ou d'une reformulation des modes de coopération entre professionnels de santé.

IV.3. La concertation avec les acteurs concernés

Bien que les expérimentations actuelles et celles lancées en 2004 engagent un nombre limité de spécialités médicales et de professions non médicales, le questionnement sur les frontières entre les métiers concerne l'ensemble des professions de santé. De plus, compte-tenu des implications larges que l'on peut attendre d'une telle réflexion, le Ministère de la santé, au travers du cabinet et de l'ensemble de ses directions, et la CNAMTS doivent également être impliqués.

La concertation avec les professionnels de santé et les institutions est donc un principe fort de la démarche.

Concrètement, deux premières rencontres d'information et de discussion ont été organisées, en juillet et septembre 2006, à destination des expérimentateurs et des acteurs institutionnels d'une part, et des représentants des professionnels d'autre part.

⁸ Les objectifs et les principes de cette analyse sont détaillés dans le chapitre 2 du document.

Pour assurer une information la plus large possible, et dans la mesure où il était impossible de réunir tous les représentants de l'ensemble des spécialités médicales et para-médicales lors de ces réunions, l'invitation a été adressée à des organisations généralistes et fédératives et un communiqué de presse a été publié (liste des organisations invitées en annexe 1). D'autres rencontres plénières sont prévues en fonction de l'avancée des travaux.

Si les rencontres plénières sont indispensables pour informer les professionnels de l'état d'avancement des travaux, elles ne sauraient à elles seules assurer une réelle démarche de concertation.

Premièrement, le travail d'élaboration de la recommandation s'appuiera sur un premier recueil d'avis auprès des professions, dont le rapport 2005 de l'ONDPS rend compte⁹.

Deuxièmement, des professionnels de santé ont été associés dans différentes instances du projet. Le conseil scientifique est ainsi composé pour moitié de professionnels issus de disciplines différentes. Par ailleurs, l'élaboration de la recommandation reposera, entre autre, sur la constitution de groupes de travail auxquels seront associés des professionnels de santé, au titre de leur expertise (cf. page 22).

Troisièmement, la Haute Autorité de santé souhaite compléter ce recueil par une large concertation publique au premier semestre 2007, mettant à profit les potentialités de l'outil internet permises par son nouveau site.

Ces différentes actions auprès des professionnels pourront être complétées par d'autres formes d'auditions, si le besoin s'en fait ressentir.

⁹ L'ONDPS a en effet mis en oeuvre une large démarche d'audition et la question de la coopération entre les professions de santé fait partie des thèmes abordés.

EVALUATION DES EXPERIMENTATIONS

L'expérimentation porte sur 11 projets pilotes mis en place à partir de l'automne 2006 ou antérieurement¹⁰.

I. DESCRIPTION DES EXPÉRIMENTATIONS

I.1. Objectifs

Au delà de leur spécificité, les projets présentent des objectifs communs : faire avancer une réflexion devenue incontournable sur le thème de la coopération entre professionnels de santé, pour, *in fine*, améliorer la qualité des soins et valoriser les professions de santé.

I.1.1. Définir les conditions d'une meilleure organisation des soins

L'ensemble des expérimentations a pour objectif commun l'amélioration de la qualité des soins. Cette recherche de qualité peut prendre des formes différentes :

1. améliorer l'accompagnement du patient (information, écoute, suivi) ;
2. améliorer l'accès aux soins (augmenter la file active, réduire les délais de rendez-vous) ;
3. améliorer la réactivité et l'adéquation de la prise en charge (alerte, adaptation du traitement) ;
4. développer ou systématiser des services de santé supplémentaires (éducation thérapeutique, dépistage)

I.1.2. Définir les conditions d'une valorisation des professions de santé

Les professionnels de santé sont au cœur de la problématique de coopération.

Les promoteurs ont ainsi conscience qu'une modification des modes de coopération peut, à terme, avoir pour effet la valorisation de l'ensemble des professionnels concernés. Il s'agit : pour les médecins, d'optimiser leur activité en la recentrant sur leur cœur de métier, à savoir les activités complexes nécessitant des compétences multiples ; pour les professions non médicales, de se voir reconnaître des compétences issues de l'expérience et de formations complémentaires, d'ouvrir enfin des perspectives de carrière en dehors des domaines de spécialité existant actuellement.

¹⁰ L'arrêté de mars 2006 autorise 10 nouveaux projets pour une durée comprise entre six mois et un an et reconduit 3 projets issus de l'arrêté de décembre 2004 pour une durée d'un an. Deux projets ne pourront pas se concrétiser : l'expérimentation du rôle des infirmières dans la chimiothérapie à domicile dans le cadre d'un réseau et l'expérimentation du rôle des infirmières dans le suivi des insuffisants rénaux chroniques. Dans le premier cas, le délai nécessaire à la parution de l'arrêté a conduit les promoteurs à préférer une façon de fonctionner pouvant se mettre en place immédiatement, en s'appuyant sur les médecins généralistes et non sur les infirmières. Dans le second cas, le départ en retraite du promoteur a entraîné l'abandon du projet par ses successeurs.

I.1.3. Etre des sites d'observation qui permettent d'alimenter la réflexion collective

Du point de vue du législateur, le premier objectif de l'expérimentation est l'observation en situation réelle des effets suscités par une modification du cadre réglementaire de la coopération entre médecins et autres professionnels de santé afin de créer les bases d'une réflexion collective.

Il s'agit d'extraire d'observations ponctuelles, les éléments d'un questionnement de portée plus générale.

Cette expérimentation vise en premier lieu à montrer la faisabilité d'un élargissement du domaine de la délégation médicale, sans perte de sécurité et de qualité pour le patient.

En second lieu, l'expérimentation doit dépasser la simple description de cas, afin d'identifier des éléments d'explication des dynamiques et des jeux d'acteurs.

L'expérimentation est soumise à une obligation d'évaluation pour répondre à ces deux points.

I.2. Présentation générale

Les 11 projets composant l'expérimentation couvrent 12 régions et concernent 38 sites (6 projets sont développés sur plusieurs sites, comme l'expérimentation de nouveaux services en cabinet de ville qui mobilise à elle seule 18 sites).

Les projets sont principalement hospitaliers, avec une représentation des CHU, CHG et cliniques. Un seul projet est réalisé en médecine de ville.

Les professionnels non médicaux impliqués sont les infirmières, les manipulateurs en radiologie et les diététiciens.

Plusieurs domaines médicaux sont concernés :

- L'oncologie (chimiothérapie, neuro-oncologie)
- L'hépatogastroentérologie (suivi des patients atteints d'hépatite C, stabilisés)
- La néphrologie (suivi des patients en dialyse en centre)
- L'urologie (tumeur bénigne ou cancer de la prostate)
- 3 projets portent sur des examens exploratoires
 - o l'échocardiographie
 - o l'échographie ou d'écho doppler (4 indications)
 - o l'exploration fonctionnelle digestive (3 actes)
- Le processus de prélèvement de sang homologue (entretien pré-don)
- La médecine générale (dépistage du diabète, du cancer du sein, des troubles cognitifs de la personne âgée ; suivi du diabétique de type 2)

Les projets peuvent être regroupés en trois ensembles cohérents.

Le premier groupe rassemble trois projets centrés sur un **acte technique** et n'impliquant pas de décision diagnostique ou thérapeutique de la part du professionnel non médical :

- 1 projet en échographie ;
- 1 projet en échocardiographie ;
- 1 projet sur l'exploration fonctionnelle digestive.

Ces expérimentations sont autorisées pour une durée de 6 à 9 mois.

Le second groupe rassemble six projets développés en **cancérologie et maladies chroniques**. Ils portent sur un segment de prise en charge qui peut inclure des décisions diagnostiques ou thérapeutiques avec l'analyse de l'état de santé du malade, l'identification d'un problème et l'élaboration d'une solution pour le résoudre (prescription d'examens complémentaires ou décision thérapeutique).

- 3 projets développés en cancérologie (chimiothérapie, neurologie, pathologie prostatique) ;
- 3 projets concernant une maladie chronique (insuffisance rénale, hépatite C, diabète type 2).

Ces expérimentations sont autorisées pour une durée de 9 à 12 mois.

Le troisième groupe est constitué par deux projets axés sur la **prévention et le dépistage**.

- 1 projet expérimente le rôle de l'infirmière de santé publique en cabinet de médecine de ville. Ce projet est peu dérogatoire, mais propose une forme innovante de coopération entre les médecins généralistes et une infirmière de santé publique pour élargir les services offerts en médecine de ville.
- 1 projet sur l'entretien pré-don

I.3. Etat d'avancement des projets fin 2006

Un certain nombre de projets a connu des difficultés diverses retardant leur démarrage¹¹. Ainsi, deux expérimentations, en échocardiologie à Marseille et en hépato-gastro-entérologie à Créteil ont été bloquées jusqu'à la fin de l'année 2006 en raison de problèmes liés au recrutement d'une infirmière pour l'une et à la création d'un poste pour remplacer l'infirmière qui sera référente dans l'expérimentation pour la seconde. Une troisième expérimentation a été retardée du fait du télescopage avec un autre projet très mobilisateur (pharmacie générale de l'AP-HP).

A l'inverse, certaines équipes ont commencé l'expérimentation avant la conception d'une évaluation adaptée au projet : en échographie, en pathologie prostatique, en neuro-oncologie.

Deux projets, autorisés par l'arrêté de décembre 2004 et prolongés, sont aujourd'hui terminés : l'expérimentation en hépato-gastro-entérologie à Montélimar et la consultation de diététique pour le diabète de type 2.

Deux projets ont conçu et mis en place de manière concomitante l'action et l'évaluation et sont actuellement en cours : l'expérimentation d'un entretien pré-don par l'EFS et l'expérimentation ASALEE en médecine de ville. Pour cette dernière, le manque de financement limite cependant l'évaluation qui pourrait être menée.

D'une manière générale, l'ensemble des projets rencontre des difficultés de ressources pour assurer un recueil correct des données. Une demande de financement a été adressée en ce sens auprès du cabinet du Ministre en octobre 2006.

¹¹ Ces retards tiennent principalement à des difficultés de financement des projets ou à des difficultés de recrutement. Par ailleurs, très peu de projets avaient conçu un protocole d'évaluation, même peu formalisé. Le temps de conception et de rédaction des protocoles par la HAS a également été une raison de décalage dans le temps du démarrage de certains projets.

Tableau 1 : Etat d'avancement des projets et de leur évaluation fin 2006

N°	Intitulé	Site d'expérimentation	Expérimentation	Evaluation
Groupe 1 : Acte technique				
1	Expérimentation de la pratique d'échocardiographie par un acteur paramédical	CHU La Timone Hôpital Louis Pradel, Lyon	Janvier 2007 Janvier 2007	Janvier 2007 Janvier 2007
2	Expérimentation de la pratique d'échographie par un manipulateur radio	Clinique Pasteur, Toulouse CHU, Rouen CHG, metz	Fait depuis longtemps	Décembre 2006
3	Expérimentation du métier d'infirmière spécialisée en explorations fonctionnelles digestives	CHU, Lille	Janvier 2007	Janvier 2007
Groupe 2 : Maladies chroniques				
4	Expérimentation en hôpital de jour de la reconduction de la chimiothérapie par une infirmière spécialisée	Pitié-Salpêtrière, Paris	Mars 2007	Mars 2007
5	Expérimentation du rôle d'une infirmière référente en neuro-oncologie	Pitié-Salpêtrière, Paris	Fait depuis longtemps	Janvier 2007
6	Expérimentation du rôle d'assistant médical en pathologie prostatique	Institut Montsouris, Paris	Mars 2006	Mars 2006
7	Expérimentation du rôle d'infirmière spécialisée en hépato-gastro-entérologie pour le suivi de patients atteints d'hépatite ChC	CHG, Montélimar CHU, Henri Mondor, Créteil	Terminée Mars 2007	Terminée Mars 2007
8	Expérimentation du rôle de l'infirmière en dialyse en centre	CHG, Lisieux	Octobre 2006	Octobre 2006
9	Expérimentation de la consultation diététique pour le diabète de type 2	CHU, Nantes (4 sites)	Terminée	Terminée
Groupe 3 : Dépistage et prévention				
10	Expérimentation de nouveaux services de soins en cabinet de ville (ASALEE)	18 cabinets des Deux-Sèvres	Début 2006	Début 2006
11	Expérimentation de l'entretien pré-don des donneurs de sang homologues par un professionnel infirmier	EFS (3 sites)	Octobre 2006	Octobre 2006

II. OBJECTIFS ET METHODE DE L'ÉVALUATION

Les objectifs de l'évaluation sont : dans un premier temps, de tester la faisabilité de nouveaux modes de coopération, sous contrainte de sécurité ; et dans un second temps, de comprendre les mécanismes en jeu en termes cliniques, organisationnels et humains.

L'évaluation est axée sur quatre dimensions :

- la faisabilité ;
- la sécurité et de la qualité de la prise en charge ;
- les aspects organisationnels ;
- les aspects économiques

Concrètement, pour chaque projet, trois études sont mises en œuvre soit par les équipes impliquées dans l'expérimentation, soit par la HAS :

- une évaluation interne permet de recueillir de manière prospective des données quantitatives d'activité et de résultats qui permettront de s'assurer de la faisabilité, de la sécurité et de la qualité des soins. Lorsque les données le permettent, la question économique sera abordée dans cette évaluation interne ;
- un recueil de l'avis des patients par questionnaire est organisé sur chaque site par la HAS. Cette étude est un élément de réponse à la question de la faisabilité dans la mesure où son objectif est d'apprécier la perception et l'acceptation par les patients d'une prise en charge où le médecin est moins présent ;
- Une évaluation qualitative, confiée à un prestataire indépendant, est organisée sur chaque site. Elle couvrira l'ensemble des 4 dimensions de l'évaluation, mais sera plus particulièrement focalisée sur les aspects faisabilité et organisation.

II.1. Evaluation interne

II.1.1. Objectif

L'évaluation interne a pour principal objectif de démontrer la faisabilité d'une ré-allocation des rôles dans la prise en charge du patient, sous contrainte de sécurité et de qualité des soins.

II.1.2. Méthode

L'évaluation interne repose sur un protocole d'évaluation spécifique à chaque projet. Ce protocole peut être rédigé par les promoteurs ou la HAS. Dans tous les cas, il est examiné par le conseil scientifique.

L'évaluation ne repose pas sur des méthodes comparatives de type essai contrôlé, pour les raisons que nous avons exposées précédemment. La méthode consiste à recueillir un corpus d'informations quantitatives et qualitative qui permettront de décrire la pratique mise en place par les équipes soignantes, principalement en termes de sécurité, de qualité des soins et d'organisation, et d'en analyser les dynamiques.

Les méthodes utilisées sont différentes selon la nature du projet : délégation d'un acte technique, délégation d'un segment de prise en charge dans le suivi d'une maladie chronique, délégation dans le secteur de la prévention et du dépistage.

Dans le cas d'une délégation limitée à un acte technique précis, n'impliquant pas une décision de nature diagnostique ou thérapeutique, le protocole prévoit dans les trois cas une phase de validation des examens réalisés par le professionnel non médical. Deux expérimentations réaliseront un double examen, avec un débriefing systématique du médecin et du professionnel paramédical pour établir la référence de manière conjointe. La troisième expérimentation procédera à une double lecture en aveugle des examens dans un autre centre hospitalier. Dans les trois cas, après cette phase qui permettra de juger de la qualité de l'examen réalisé, une phase d'observation du fonctionnement en routine permettra d'analyser d'autres critères, en particulier organisationnels (temps gagné par le médecin, impact sur l'activité, etc.).

Pour l'évaluation des six expérimentations portant sur la cancérologie et les maladies chroniques, il apparaît plus difficile de définir un protocole commun, d'autant que certaines avaient commencé avant la mise en place du dispositif d'évaluation par la HAS.

Dans la plupart des cas, il s'agit de consultations qu'il n'apparaît pas opportun ou réalisable d'effectuer en double par un médecin. Les méthodes d'évaluation mobilisées varient donc suivant les cas : le recueil prospectif de données sur le suivi du patient (dialyse en centre, suivi de l'hépatite C), la validation de la décision diagnostique ou thérapeutique du professionnel paramédical par le médecin (neuro-oncologie), l'analyse d'un échantillon de dossiers de patients suivis sur une durée de 6 mois¹² (neuro-oncologie, pathologies prostatiques), l'étude contrôlée avec un échantillon de patients suivis par le médecin et un échantillon de patients suivis par le diététicien (consultations de diététique dans le diabète de type 2).

Enfin, les promoteurs des deux expérimentations sur des activités de prévention et de dépistage ont mis en place leur propre évaluation de manière autonome. L'établissement français du sang a ainsi mis sur pied une étude en deux phases, avec une phase de double entretien pré-don par une infirmière et un médecin, et une phase de fonctionnement en routine. L'association ASALEE recueille de manière prospective de nombreux indicateurs d'activité et d'état de santé des patients.

II.2. Recueil de l'avis des patients

II.2.1. Objectif

L'objectif de ce questionnaire est de faire émerger le ressenti des patients sur un acte ou un segment de prise en charge réalisé par un professionnel non médical supervisé par un médecin, sachant que l'alternative consisterait à ce qu'un médecin le réalise en intégralité.

Le patient est donc amené à comparer son expérience de l'acte effectué par le professionnel de santé avec une situation fictive qui serait la réalisation de cet acte par un médecin. L'information recueillie auprès du patient relève donc du domaine de la représentation.

Pour autant, ce questionnaire permettra d'éclairer la question de l'acceptabilité de ces nouvelles formes de coopération et donc de sa faisabilité.

II.2.2. Méthode

La principale question méthodologique a consisté à choisir entre un questionnaire transversal à l'ensemble des projets et des questionnaires spécifiques. Etant donné l'objectif final (illustrer une recommandation générale sur les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé), il est apparu indispensable de disposer d'un outil suffisamment transversal pour permettre des comparaisons entre expérimentations.

Compte-tenu des impératifs de délais, seule une procédure allégée de validation et de test de la fiabilité d'un questionnaire a pu être réalisée.

Les questionnaires ont suivi deux circuits de validation : la validation par le Conseil scientifique, qui a proposé de nombreuses améliorations, et la validation par les promoteurs.

Au final, le questionnaire, disponible dans sa version intégrale en annexe 2, associe 6 questions fermées et 1 question ouverte :

¹² Sous réserve d'un financement supplémentaire accordé par le ministère

- la première question a pour objectif de s'assurer que l'information sur le caractère expérimental du soin qu'il a reçu a été suffisante ;
- les deux questions suivantes s'intéressent à la qualité des explications données par le professionnel non médical sur le soin qu'il réalise et à la confiance que le patient porte au professionnel qui a réalisé le soin ;
- les deux questions suivantes introduisent une notion de jugement relatif, en évoquant le fait que la pratique dont le patient a bénéficié implique une répartition différente des rôles avec, notamment une implication temps du médecin moins importante ;
- enfin, la dernière question permet d'apprécier les dimensions de confiance et de satisfaction en demandant au patient de se prononcer sur le bien fondé d'une généralisation à d'autres patients qui seraient dans le même cas que le répondant.

D'un point de vue logistique, le questionnaire sera remis aux patients sur chacun des sites, à des moments qui seront définis en fonction des spécificités de chaque projet. Il est accompagné d'une lettre explicative et d'une enveloppe T.

Le questionnaire est totalement anonyme.

Les résultats seront traités par la Haute Autorité de santé.

II.3. Evaluation externe qualitative

II.3.1. Objectifs

Cette évaluation doit faire émerger des éléments concrets sur les enjeux, les freins et les moteurs associés à ces expérimentations, afin d'enrichir la recommandation finale sur une coopération accrue entre professionnels de santé et les conditions de son succès.

L'un des enseignements des cinq premiers projets pilotes, menés en 2005, a été de montrer que les méthodes qualitatives sont d'une grande utilité pour documenter ces aspects, tant du point de vue des professionnels que de celui des patients.

L'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé portera sur deux domaines principaux :

- l'évolution des conditions de travail des professionnels de santé au sein des sites expérimentateurs ;
- l'évolution de la prise en charge des patients (et de leurs proches le cas échéant).

Une attention particulière sera portée sur les logiques de changement et leur perception.

II.3.2. Méthode

Cette étude est financée par la HAS et sera réalisée par un prestataire externe. Le CNEH a obtenu le marché, à l'issue d'un appel d'offre lancé à l'été 2006.

La méthodologie retenue est de nature qualitative avec une approche de type sociologique. Le recueil des données se fera par entretiens semi-directifs réalisés en face à face et enregistrés. Une seule visite par site est prévue, à la fin de la période d'expérimentation.

Population cible

Les populations ciblées sont les professionnels de santé, les patients et les administrations ou institutions impliquées.

- Les professionnels de soins directement impliqués dans l'expérimentation doivent être interviewés de manière exhaustive (promoteur, médecins, paramédicaux, cadre de santé)
- Les professionnels qui appartiennent au même service, sans être directement impliqués, devront être interviewés dans des proportions à définir.
- Un échantillon de 5 patients par site sera interviewé, en complément de l'enquête semi-quantitative réalisée par la HAS.
- Les administrateurs et institutionnels locaux impliqués feront également l'objet d'une enquête par entretiens (directeur de l'établissement, ARH, CME, etc.)

Tous les sites démarrés ou renouvelés par l'arrêté de mars 2006 devront être analysés, à l'exclusion de l'expérimentation de l'EFS et de l'expérimentation ASALEE, pour lesquelles une évaluation qualitative auprès des professionnels et des patients est déjà prévue par ailleurs.

L'évaluation qualitative porte donc sur 16 sites.

Démarche générale

L'enquête sera conduite en deux temps.

- Une enquête exploratoire auprès des promoteurs des projets sous forme d'entretiens non directifs.

Cette phase poursuit un double objectif méthodologique et analytique. D'une part, ces premiers entretiens permettront au prestataire de finaliser les grilles d'entretien et d'analyse et d'aménager les modalités de recueil des données. D'autre part, ces entretiens permettront de recueillir les motivations et attentes des promoteurs.

- Une enquête approfondie sous forme d'entretiens semi-directifs.

Trois grilles d'entretiens seront réalisées : une grille professionnels, une grille patients et une grille institutionnels. Ces grilles seront transversales afin de permettre des analyses thématiques sur plusieurs projets.

La grille définitive sera validée par le Conseil scientifique et le Comité de suivi préalablement au recueil des données.

Les **entretiens auprès des professionnels** doivent permettre de connaître leur perception de l'expérimentation et de comprendre cette perception (est-ce qu'ils comprennent le projet, est-ce qu'ils y souscrivent, est-ce que la façon de le mettre en œuvre était adaptée, est-ce qu'ils sont satisfaits du fonctionnement et des résultats *in fine*, etc.).

La grille devra permettre au professionnel de faire un bilan de l'expérimentation et de donner un avis global de satisfaction. Elle permettra également de recueillir des données précises sur certains domaines :

- description du fonctionnement avant le projet, craintes et attentes *ex-ante* ;
- conditions de mise en place du projet ;
- cohérence en termes de conception et de mise en œuvre : compétences et profil des professionnels impliqués, formation interne, outils ;
- perception des actes dérogatoires ;
- fonctionnement du service en routine et conditions de travail, y compris les relations humaines ;
- impact pour les patients du point de vue des professionnels ;
- intérêt et condition d'une généralisation de l'expérience.

Les **entretiens auprès des patients** ont pour objectif de recueillir et d'expliquer le sentiment des patients sur le soin qu'ils ont reçu, compte tenu du fait que le professionnel qui a réalisé ce soin n'est pas médecin. Le questionnaire semi-quantitatif réalisé par la HAS permettra d'identifier ce ressenti, mais n'apportera aucun élément d'analyse. D'où l'intérêt de l'enquête qualitative qui permettra de compléter ce questionnaire par une analyse plus approfondie.

Les **entretiens auprès des administratifs et institutionnels** n'aborderont pas le même champ d'investigation que ceux menés auprès des professionnels et des patients. Pour ces derniers, l'objet d'analyse est le soin réalisé. Pour les administratifs et les institutionnels, l'objet sera le système d'offre de soins et l'impact attendu des nouveaux modes de coopération entre professionnels.

Il s'agira, par exemple, de recueillir leur avis sur l'impact attendu en termes de démographie, de rémunération et de formation des professionnels. La mise en perspective des discours généraux sur l'impact des nouvelles coopérations, par exemple en matière de démographie, et leur connaissance des réalités et difficultés locales sera à ce titre particulièrement intéressant.

ELABORATION DE LA RECOMMANDATION : OBJECTIF ET MÉTHODE

I. OBJECTIF

L'objectif de la recommandation est de définir les conditions de faisabilité et de reproductibilité de différentes formes de coopération émergentes : délégation, transfert, nouveaux métiers, etc.

Elle s'adressera aussi bien aux professionnels qu'aux institutionnels.

II. MÉTHODE

Une recommandation sur les conditions de faisabilité et de généralisation des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé doit à la fois intégrer l'analyse des expérimentations en cours, les enseignements des expériences étrangères, des travaux spécifiques sur des thèmes transversaux dans le cadre de groupe d'expertise et enfin la concertation avec les professionnels et les institutionnels.

II.1. Analyse des expérimentations

La méthode proposée pour l'élaboration de la recommandation repose en partie sur l'observation des expérimentations.

Il s'agit d'identifier des éléments de généralisation à partir de descriptions de configurations singulières. C'est tout l'objet de l'approche de la pensée par cas¹³, qui procède « par l'exploration et l'approfondissement d'une singularité accessible à l'observation ». Et, ce, non pas pour y borner son analyse, ou statuer sur un cas unique, mais pour « en extraire une argumentation de portée plus générale, dont les conclusions seront réutilisables ».

Sans présager des résultats de l'évaluation qualitative, il est vraisemblable que les expérimentations apporteront les éléments empiriques indispensables à une réflexion de visée plus générale, en particulier en ce qui concerne les questions organisationnelles et humaines.

II.2. Enseignements des expériences étrangères

De nombreux pays, en particulier anglo-saxons, se sont engagés dans cette réflexion sur les frontières entre les professionnels de santé.

L'analyse de ces expériences étrangères est indispensable.

¹³ « Penser par cas », sous la direction de JC Passeron et Jacques Revel. Edition de l'école des hautes études en sciences sociales. Collection enquête, 2005.

II.3. Constitution de groupes de travail

Au regard des études réalisées à l'étranger et des travaux antérieurs de l'ONDPS, le comité de suivi a jugé que des thèmes transversaux essentiels devaient être traités indépendamment des expérimentations en cours, à savoir :

- les aspects réglementaires et juridiques ;
- la formation initiale et continue professionnelle ;
- les aspects financiers et économiques.

La méthode privilégiée est celle qui est traditionnellement développée à la HAS, à savoir la mobilisation de groupe d'expertise.

Trois groupes de travail vont être constitués sous la présidence d'une personne dont la compétence est reconnue dans le domaine, assisté par un expert (sous réserve de l'accord des personnes citées).

- La formation : président du groupe de travail : M. Y. Berland (président) et Mme M.A. Coudray (chargée de projet)
- Les aspects juridiques : M. C. Evin (président) et M. Morey-Bailly (chargé de projet)
- Les aspects financiers et économiques : Mme M. Elbaum (présidente) et Mme S. Chambaretaud (chargée de projet).

Pour chaque axe de questionnement, plusieurs pistes de réflexion apparaissent essentielles. Ces pistes seront explorées par les groupes d'expertise. Elles pourront évidemment être complétées ou amendées au fur et à mesure que les groupes avanceront sur les sujets.

II.3.1. Les aspects réglementaires et juridiques

Certains points ont été identifiés par le comité de suivi comme nécessitant un éclairage réglementaire ou juridique :

- les différentes modalités de partage de responsabilité ;
- le mode de définition juridique des professions paramédicales et notamment la question de l'opportunité des décrets d'actes ;
- le mode de « collaboration » : salariat, contrat de collaboration entre professionnels libéraux et les implications en termes de lien de subordination et de rémunération ;
- les implications fiscales de ce regroupement d'activité.

II.3.2. La formation des professionnels de santé

Le groupe pourra partir d'un bilan des modèles de formation existants ou en cours de développement :

- La formation initiale et le réforme LMD
- La validation des acquis de l'expérience.

Il s'agira alors d'analyser ces modèles au regard des savoirs théoriques et pratiques complémentaires à acquérir et à mobiliser dans la perspective de nouveaux modes de coopération, sachant que les compétences nécessaires sont vraisemblablement variables selon les situations possibles : nature des nouvelles activités concernées et contexte de la pratique.

II.3.3. Les questions économiques et financières

Les questions économiques et financières liées aux nouveaux modes de coopération entre les professionnels de santé, à leur faisabilité et à leur généralisation sont naturellement essentielles. Elles relèvent de deux axes principaux.

Le premier est celui de l'impact des nouvelles formes de coopération entre professionnels sur l'économie générale du système de santé au travers de la « production » même de ce système, des ressources mobilisées et de leurs coûts relatifs.

Le second est celui des conditions économiques et financières pouvant avoir une influence sur la faisabilité et la généralisation des nouveaux modes de coopération en particulier les modes de rémunération et de paiement des professionnels de santé et/ou des établissements de santé et les questions fiscales.

Les travaux menés par ce groupe devront prendre soin de rétablir un déséquilibre lié au choix de projets principalement hospitaliers pour l'expérimentation, avec une mise en perspective dans le secteur ambulatoire et libéral.

II.4. Concertation avec les professionnels

La Haute Autorité de santé souhaite initier une concertation publique au premier semestre 2007, en utilisant les potentialités de l'outil internet.

Il est en effet très important d'être à l'écoute des pratiques qui ont été développées par les équipes sur le terrain pour répondre à des objectifs qui leur sont propres, mais qui permettront très probablement d'enrichir la réflexion par des idées et expériences concrètes, même si elles n'ont pas fait l'objet d'une démarche d'évaluation.

De la même manière, il est fondamental que l'ensemble des professionnels ou des organisations professionnelles puissent s'exprimer. Compte-tenu de l'ensemble des professions concernées et du nombre d'organisations professionnelles légitimes pour s'exprimer sur le sujet, il est impossible d'organiser des auditions systématiques auprès de chacune. Cette concertation publique leur permettra de réagir sur l'ensemble du dossier et de faire des propositions argumentées, selon un format à définir.

II.5. Analyse des aspects d'organisation et de démarche qualité

Les aspects organisationnels et de démarche qualité seront abordés dans un deuxième temps.

En effet, ces problématiques sont transversales à l'ensemble des travaux mis en place (évaluation des projets expérimentaux, groupes de travail, concertation publique) et ne pourront être traitées que lorsque de premiers résultats seront disponibles.

ANNEXE 1 : LISTE DES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES INVITÉES LE 20/09/2006

- Académie de médecine
- Conférence des Doyens des Facultés de médecine de France et des Présidents d'Université Médecins
- Conseil national de l'Ordre des chirurgiens dentistes
- Conseil national de l'Ordre des médecins
- Conseil national de l'Ordre des pharmaciens
- Conseil national de l'Ordre des sages-femmes
- Fédération des spécialités médicales
- Union nationale des professions de santé

Au titre de leur participation au Conseil supérieur des professions paramédicales

- Association Française du personnel Paramédical d'Electroradiologie A.F.P.P.E
- CFTC Santé et Sociaux
- Confédération CDC de l'Encadrement
- Fédération CGT de la Santé et de l'Action Sociale
- Fédération Des Services de Santé et Services Sociaux
- Fédération Nationale FO des Personnels du Service Public et Services de Santé
- Fédération Nationale Sud - CRC Santé et Sociaux
- Groupement d'Intérêt Professionnel en Soins Infirmiers (GIPSI)
- Syndicat des Orthoptistes de France (S.O.F)
- Syndicat National Autonome des Orthoptistes (S.N.A.O)
- Syndicat National des Cadres Hospitaliers (CHFO)
- Union Nationale des Syndicats Autonomes (UNSA) Santé et Sociaux

ANNEXE 2 : COMPOSITION DES INSTANCES DE SUIVI

Composition du comité de suivi

Yvon Berland (ONDPS)
Yann Bourgueil (ONDPS)
Sandrine Chambaretaud (HAS)
Guillermo Jasso-Mosqueda (HAS)
Claude Maffioli (HAS)
Philippe Michel (HAS)
Fabienne Midy (HAS)
Lise Rochaix (HAS)
François Romaneix (HAS)
Catherine Rumeau-Pichon (HAS)

Composition du comité scientifique

Serge BRIANCON, *Président du conseil scientifique*, Chef de Service "Epidémiologie et évaluation cliniques" CHU de Nancy

Daniel BENAMOUZIG, Sociologue CERMES
Christine CHEMORIN, Cadre Supérieur de santé
Alain CORVEZ, Direction Stratégie et Développement, CHU de Montpellier
Dominique COSTAGLIOLA, Epidémiologiste, Directeur de l'unité Inserm U720
Marie-Claude DAYDE, Infirmière libérale
Bruno DETOURNAY, Consultant CEMKA
Brigitte DORMONT, Economiste de la santé
Eric DRAHI, Médecin généraliste
Isabelle DURAND-ZALESKI, Epidémiologiste, Responsable Service santé Publique
Henri Mondor AP-HP
Isabelle GASQUET, Practicien hospitalier, Service Santé Publique
Nicole GARRET-GLOANEC, Psychiatre
Philippe GLORIEUX, Direction des soins
Daniel GUILLERM, Infirmier libéral
Jean-Claude MOISDON, Professeur à l'Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris
Philippe MOSSE, Economiste de la santé
Françoise NGUYEN, Sage-femme
Michel PAPAREMBORDE, Masseuse Kinésithérapeute

ANNEXE 3 : EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE PATIENT

Votre examen échographique a été réalisé par un manipulateur de radiologie, sous la supervision d'un médecin radiologue. Il s'agit d'une option alternative à la réalisation de l'examen dans sa globalité par un médecin radiologue. Nous souhaitons recueillir votre avis sur la coopération de ces deux professionnels de santé.

L'information qui vous a été donnée sur le rôle du médecin radiologue et du manipulateur de radiologie est-elle ?

- ☐₁ Très incomplète ☐₂ Incomplète ☐₃ Assez complète ☐₄ Complète ☐₅ Très complète

Les explications données par le manipulateur de radiologie sur l'examen vous semblent ?

- ☐₁ Pas du tout compréhensibles ☐₂ Pas vraiment compréhensibles ☐₃ Plutôt compréhensibles ☐₄ Compréhensibles ☐₅ Parfaitement compréhensibles

Concernant la réalisation de votre examen par un manipulateur de radiologie supervisé par un médecin radiologue, vous êtes ?

- ☐₁ Pas du tout confiant ☐₂ Pas vraiment confiant ☐₃ Plutôt confiant ☐₄ Confiant ☐₅ Tout à fait confiant

Par rapport à un examen qui serait entièrement réalisé par un médecin radiologue, comment percevez-vous la réalisation de l'examen par un manipulateur de radiologie sous la supervision du médecin radiologue ?

- ☐₁ Pas du tout satisfait ☐₂ Pas vraiment satisfait ☐₃ Plutôt satisfait ☐₄ Satisfait ☐₅ Tout à fait satisfait

Concernant le rôle du médecin radiologue qui supervise et interprète l'examen réalisé par le manipulateur de radiologie, puis vous restitue les résultats, vous êtes ?

- ☐₁ Pas du tout satisfait ☐₂ Pas vraiment satisfait ☐₃ Plutôt satisfait ☐₄ Satisfait ☐₅ Tout à fait satisfait

A votre avis, cette nouvelle organisation du travail entre le radiologue et les manipulateurs peut-elle être proposée à d'autres patients dans d'autres services d'imagerie médicale ?

- ☐₁ Certainement, non ☐₂ Probablement, non ☐₃ Probablement, oui ☐₄ Certainement oui

Merci de nous faire part de vos remarques :

.....
.....
.....
.....
.....

Pour mieux vous connaître

Quel est votre âge ? ans

Vous êtes : ☐ un homme ☐ une femme

Vous ☐ vivez seul(e) ☐ vivez en couple, ou avec une autre personne

Votre travail :

- ☐ Vous continuez à travailler normalement
☐ Des aménagements vous permettent de continuer à travailler
☐ Vous êtes en arrêt maladie
☐ Vous êtes à la retraite

Votre niveau d'études :

- ☐ Bac + 3 et plus
☐ Bac + 2
☐ Bac
☐ Bepc/Cap / Bep
☐ sans diplôme

Vous avez déjà eu un examen doppler ou échographie par le passé ? ☐ Oui ☐ Non