



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Coopération entre professionnels de santé

Guide méthodologique - Tome 1

**Conditions de succès et retour sur
les expérimentations de 2004 à 2007**

Juillet 2010

Ce guide est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service documentation - information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Avertissement	4
Synthèse	5
Introduction	6
Problématique et méthode	8
1. Problématique et objectif	8
2. Matériel et méthode	8
Anticiper les freins	10
1. Faire un diagnostic pour se fixer un objectif réaliste	10
2. Porter une attention particulière aux identités professionnelles	11
3. Assurer un management disponible et légitime	12
Construire un projet de coopération	14
1. Formaliser le projet : une démarche collective de construction et d'appropriation	14
1.1 Approche collective	14
1.2 Principales étapes de la formalisation	14
1.3 Approche réflexive qui permet au projet d'évoluer	16
2. Recruter des acteurs motivés et formés	17
2.1 Naissance d'une relation de confiance partagée	17
2.2 Définition d'un profil de poste	17
2.3 Processus de sélection du professionnel de santé expert	19
2.4 Formation par compagnonnage, articulant théorie et pratique	19
3. Mettre à disposition des outils communs	21
3.1 Protocoles et outils : une gestion des risques <i>a priori</i>	21
3.2 Circulation et partage d'informations	21
4. Créer un environnement favorable	22
4.1 Facteurs favorables liés à l'environnement	22
4.2 Moyens dimensionnés au projet	22
4.3 Organisation géographique et temporelle	23
S'inscrire dans une démarche qualité	25
1. Évaluer les pratiques professionnelles et collectives	25
1.1 Prévoir un temps de réflexion collectif et régulier sur les pratiques	25
1.2 Mettre à profit les dispositifs d'évaluation existants	27
2. Adapter l'évaluation des résultats au projet	27
Conclusion	29
En savoir plus	30
Annexe 1 - Description des 11 expérimentations	31
Annexe 2 - Liste des entretiens réalisés	33
Annexe 3 - Résultats synthétiques de l'évaluation des expérimentations	34
Annexe 4 - Formations théoriques dans les expérimentations	36
Annexe 5 - Exemple d'un questionnaire de satisfaction	37
Participants	38

Avertissement

Ce guide méthodologique sur les conditions de succès d'une nouvelle forme de coopération est diffusé conjointement avec un autre guide.

Les lecteurs sont invités à bien identifier les deux guides.

Guide méthodologique tome 1 :

« Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007 ».

Dans le cadre de la recommandation parue en 2008, la HAS s'est engagée à produire un guide méthodologique ayant pour objectif d'offrir une aide opérationnelle aux créateurs de projets de coopération, en s'appuyant sur les enseignements issus de l'évaluation qualitative réalisée à la demande de la HAS après les 11 expérimentations développées à la suite de l'arrêté de mars 2006.

Le présent guide répond à cet engagement et s'inscrit en amont du dispositif prévu par l'article 51 de la loi HPST. Il présente, à partir des expérimentations dites Berland, des enseignements opérationnels, utiles dans la conduite d'un projet de coopération portant sur des actes dérogatoires aux conditions légales d'exercice.

Guide méthodologique tome 2 :

« Élaboration d'un protocole de coopération - Article 51 de la loi HPST ».

Le second guide a pour objectif d'aider les professionnels de santé à rédiger des protocoles de coopération éligibles au titre de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique pour en faciliter l'instruction par l'ARS et la HAS et permettre leur mise en oeuvre.

Les deux guides sont disponibles sur www.has-sante.fr

Synthèse

L'intégration de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante se traduit par une transformation des fonctionnements et des pratiques en place qui conjugue des problématiques organisationnelles assez classiques en ce qui concerne la façon de favoriser les pratiques collaboratives, et des problématiques fortes en termes d'identités professionnelles pour se qui touche à l'acceptation des changements par les professionnels impliqués. La mise en place d'une gestion de projet rigoureuse et adaptée aux spécificités de ces projets est une évidence pour les mener à bien.

L'objectif de ce guide méthodologique est d'abord d'apporter une aide opérationnelle et fondée sur l'expérience, aux promoteurs de projets impliquant de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Il repose entièrement sur le vécu des professionnels qui ont pris part aux expérimentations de nouvelles formes de coopération citées dans l'arrêté de mars 2006.

Loin d'être un obstacle, la diversité des domaines cliniques abordés et des professionnels impliqués permet de couvrir un spectre large des difficultés qui peuvent survenir dans la mise en œuvre concrète de nouvelles formes de coopération. Mieux, l'analyse conjointe des expériences permet d'identifier les étapes clé de ce type de projet.

- **Anticiper les freins** : les médecins et autres professionnels de santé peuvent s'inquiéter, les uns comme les autres, de changements qui touchent à

leur identité professionnelle. Il convient donc de ne pas leur imposer la démarche, mais, au contraire de prévenir leurs réticences en échangeant avec eux et en les associant dès le départ au projet.

- **Formaliser le projet** : il s'agit de préciser les rôles et les responsabilités de chacun, les objectifs et les conditions de réalisation, mais aussi les moyens nécessaires à la bonne marche du projet. Une fois que le cadre est bien défini, des protocoles de travail pourront être rédigés.
- **Créer un environnement favorable** : les locaux et les plannings doivent être adaptés à la nouvelle organisation, de manière à optimiser l'itinéraire de prise en charge du patient. Des outils de coordination doivent également être mis en place. Et, lorsque les changements risquent de se traduire par une augmentation de la charge de travail, il faut prévoir des moyens humains complémentaires.
- **S'assurer d'une formation adaptée** : les paramédicaux qui s'engagent dans de nouvelles pratiques doivent acquérir les compétences nécessaires, en associant formation théorique et formation pratique par compagnonnage.
- **Une démarche qualité** : la démarche, une fois mise en place, ne doit pas rester figée. Pour l'améliorer, il convient de l'évaluer, notamment par des réunions d'échanges de pratiques organisées avec les équipes concernées.

Introduction

À la suite des missions confiées au Pr Berland en 2002 et 2003, le ministre chargé de la Santé a annoncé le lancement de plusieurs projets expérimentant de nouvelles formes de coopération, par dérogation au Code de santé publique (Berland, 2002, 2003).

Outre les dimensions collective et pluridisciplinaire de la prise en charge des patients, ces expérimentations favorisaient l'émergence de pratiques dérogatoires, autorisant des professions non médicales à réaliser des actes ou des activités en dehors de leurs compétences réglementaires.

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 » (Berland, 2006). Ce rapport a, en outre, été suivi de dispositions législatives concernant l'organisation de la coopération dans certaines spécialités¹.

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.

Dans ce cadre, la HAS a été chargée : d'une part, d'accompagner l'évaluation de ces expérimentations, d'autre part, de rédiger une recommandation sur les conditions de développement de tels projets.

L'évaluation de ces nouvelles expérimentations confirme qu'il est possible de modifier la répartition des interventions des différents professionnels de santé dans des conditions satisfaisantes de qualité et de sécurité pour les patients (Annexe 3).

Dès lors que ces conditions premières sont respectées, les enjeux attachés au développement des nouvelles formes de coopération sont multiples en ce qui concerne :

- l'amélioration de la qualité des soins est recherchée en favorisant le développement de certaines activités (l'éducation thérapeutique par exemple) et/ou la réorganisation de la prise en charge des patients (par exemple, pour le suivi des malades chroniques) ;
- si l'on ne peut attendre de ces nouvelles formes de coopération de réduction immédiate des dépenses de santé, en raison notamment des besoins en formation, le maintien, voire l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, constitue un objectif premier et essentiel en termes d'efficience du système de santé ;
- l'évolution des pratiques, grâce aux nouvelles formes de coopération, représente un élément clé de l'évolution des métiers, anticipée dans le répertoire des rôles de la fonction publique hospitalière², et de l'attractivité des professions. Pour les médecins, elles peuvent contribuer à améliorer les conditions d'exercice, en développant l'exercice pluri-professionnel et en leur permettant de privilégier les activités purement médicales. Pour les autres professions de santé, l'accroissement des missions et la reconnaissance de l'évolution des compétences offrent des possibilités de mouvement de carrière autres que les seuls postes d'encadrement.

1. 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).

2. http://91.121.210.82/WD120AWP/WD120Awp.exe/CTX_4792-18-JRHOEhNLIv/p_sfa/SYNC_-1721807015.

Pour favoriser le développement des nouvelles formes de coopération, la HAS a publié une recommandation, en collaboration avec l'Observatoire de la démographie des professionnels de santé, qui présente l'intérêt d'une révision fondamentale et simultanée des trois piliers de l'organisation des professions de santé : le système de formation, le cadre juridique et les conditions économiques d'exercice. La faisabilité d'une adaptation conjoncturelle du cadre d'exercice, pour laisser la possibilité à de nouvelles pratiques d'émerger sans remise en cause du cadre général actuel est également évaluée, bien que ce ne soit pas la solution privilégiée par la HAS.

La loi HPST du 21 juillet 2009 a adopté cette seconde solution, et autorise, par l'article 51, les professionnels de santé à s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet de transférer, entre eux, des activités ou des actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès des patients.

Le dispositif prévoit que les promoteurs soumettent

leur projet à l'agence régionale de santé (ARS), laquelle vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional. Dans un second temps, les protocoles retenus par l'ARS sont adressés à la HAS pour être analysés, au regard de critères qui doivent être précisés par arrêté. Finalement, le directeur général de l'ARS autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris, après avis conforme de la HAS.

Ce guide méthodologique s'inscrit en amont de ce dispositif, qui fait l'objet d'une publication spécifique de la HAS³. Il est destiné à aider les professionnels de santé à élaborer un projet de coopération comportant des actes dérogatoires. En s'appuyant sur les témoignages des professionnels qui ont pris part aux expérimentations mises en œuvre à la suite de l'arrêté de mars 2006, il décrit les principales étapes de la gestion d'un tel projet avec des conseils précis et opérationnels sur les écueils à éviter ou au contraire sur les facteurs d'une implantation réussie.

3. Le guide méthodologique « Élaboration d'un protocole de coopération - Article 51 de la loi HPST », disponible sur le site de la HAS, aide les professionnels de santé à comprendre le dispositif porté par l'article 51, et précise les éléments nécessaires aux promoteurs pour déposer un dossier d'autorisation de dérogation auprès de leur ARS.

Problématique et Méthode

1. Problématique et objectif

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. Elle s'appuie sur la confiance que s'accordent les différents acteurs dans leur pratique quotidienne et sur un socle réglementaire qui définit les rôles, les identités et les responsabilités de chaque profession de santé.

Les nouvelles formes de coopération, inscrites dans l'article 51 de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire, sont spécifiques en ce qu'elles se mettent en place en dérogation à ce socle collectif.

En conséquence, l'intégration de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante se traduit par une transformation des fonctionnements et des pratiques en place qui questionne de manière fondamentale les identités professionnelles.

Les projets de nouvelles formes de coopération conjuguent donc des problématiques organisationnelles assez classiques sur la façon de favoriser les pratiques collaboratives, et des problématiques fortes en termes d'identité professionnelle sur l'acceptation des changements par les professionnels impliqués. La mise en place d'une gestion de projet rigoureuse et adaptée aux spécificités de ces projets est une évidence pour les mener à bien.

L'objectif de ce guide méthodologique est d'apporter une aide opérationnelle, et fondée sur l'expérience, aux promoteurs de projets impliquant de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé.

En adoptant une démarche descriptive, à partir des expérimentations, **ce guide ne s'inscrit pas dans une approche normative de standardisation**, dans le sens où la déclinaison locale de ces différentes étapes devra répondre aux spécificités du projet et de son environnement : tous les éléments décrits ne seront pas pertinents, tous ne nécessiteront pas le même niveau d'attention. Chaque projet présentera des complexités spécifiques quant à son intégration dans une organisation existante, ce qui se traduira par

une remise en question plus ou moins forte de ladite organisation et par un dimensionnement plus ou moins important de la gestion de projet.

2. Matériel et méthode

Ce guide repose entièrement sur le vécu des professionnels qui ont pris part aux expérimentations de nouvelles formes de coopération citées dans l'arrêté de mars 2006.

Sur les 13 expérimentations autorisées, 11 feront l'objet d'un projet formalisé et 10 seront finalement réellement expérimentées. Ces 11 expérimentations couvrent 10 disciplines médicales et associent trois professions de santé : les médecins, les professionnels infirmiers et les manipulateurs en électroradiologie.

Les projets se distinguent selon la nature des pratiques dérogatoires autorisées (Annexe 1) : les expérimentations qui autorisent la réalisation d'actes médicaux à visée diagnostic par un professionnel non médical (échographie, échocardiographie, exploration fonctionnelle digestive) ; les expérimentations qui autorisent la réalisation d'actes médicaux à visée thérapeutique (évaluation clinique et paraclinique du malade, en vue de la reconduction du traitement en cours) ; les expérimentations de prévention et de dépistage.

Les sites expérimentaux sont particuliers : notoriété des promoteurs, réflexion ancienne sur le sujet (suivi de l'hépatite C, prise en charge diététique dans le diabète, ASALEE), avec parfois une expérience acquise à l'étranger (pathologie prostatique, échocardiographie, entretien pré-don), services ayant une culture pluridisciplinaire ancienne (pathologie prostatique, suivi de l'hépatite C), fonctionnant déjà selon ces pratiques avant le début de l'expérimentation (neuro-oncologie, exploration fonctionnelle digestive) ou ayant déjà fonctionné ainsi (service d'oncologie médical, échographie). Les expérimentations sont par ailleurs principalement hospitalières, à l'exception de l'expérimentation menée par l'Établissement français du sang, confiant l'entretien pré-don à un

professionnel infirmier, et de l'expérimentation ASALEE réalisée dans des cabinets de médecine générale.

Les principes généraux déclinés dans ce guide peuvent ainsi sembler éloignés des préoccupations de la médecine ambulatoire et libérale. Les expérimentations prévues dans le cadre d'une réflexion sur les maisons de santé pluridisciplinaires permettront sans doute de préciser les conditions pratiques dans ce secteur.

L'arrêté autorisant ces expérimentations prévoyait une évaluation quantitative des résultats obtenus en termes de faisabilité, de sécurité et de qualité des soins. Les différents critères recueillis montrent qu'il a été possible de modifier la répartition des tâches entre médecins et professionnels paramédicaux dans des conditions satisfaisantes de qualité et de sécurité pour les patients (HAS, juin 2008).

La HAS a souhaité compléter cette approche quantitative par une évaluation qualitative, fondée sur des entretiens réalisés auprès de professionnels participant à l'expérimentation ou appartenant au service dans lequel elle est mise en place. L'objectif de ce travail était de connaître et de comprendre les processus en jeu, et d'identifier les freins et les facteurs de succès d'une telle transformation des pratiques. Ces évaluations ont été réalisées par des prestataires extérieurs : le CNEH (Centre national de l'expertise hospitalière) pour les 9 expérimentations hospitalières

(CNEH, 2008), l'Institut de cognitive de Bordeaux pour l'expérimentation ASALEE en médecine générale et, enfin, Benoît Bastard, sociologue et directeur de recherche au CNRS pour l'expérimentation menée par l'Établissement français du sang.

Au total, près de 200 entretiens ont été réalisés sur plus de 20 sites différents (Annexe 3).

La HAS a conçu ce guide méthodologique dans une perspective opérationnelle d'aide aux futurs promoteurs de nouvelles formes de coopération. Elle s'est appuyée sur les monographies détaillées produites par chacun des prestataires, à partir des entretiens qu'ils ont réalisés. Une première lecture a permis de définir les étapes clés de la mise en œuvre concrète des expérimentations, lesquelles ont ensuite structuré l'analyse thématique des monographies.

Sur la base des observations issues des expérimentations, un certain nombre de conseils sont proposés pour aider les promoteurs à anticiper les freins, à construire son projet et à s'inscrire dans une démarche qualité.

Dans ce guide, nous employons - par commodité - le terme générique « professionnel de santé expert », pour désigner les professionnels qui ont pris en charge les pratiques étudiées dans les expérimentations, tout en reconnaissant la difficulté de recourir, en pratique, à un terme générique adapté à tous ces professionnels, dont les missions peuvent être très diverses.

Anticiper les freins

Les expérimentations autorisées en 2004 et 2006 ont démontré qu'il est possible de réorganiser les prises en charge, avec une nouvelle répartition des actes et activités entre les professions médicales et les professions paramédicales, dès lors que cela s'inscrit dans un cadre sécurisé et protocolisé.

La mise en œuvre des expérimentations ne s'est cependant pas faite sans difficultés. Sur les 13 expérimentations autorisées par l'arrêté de mars 2006, deux ne seront pas mises en place : l'une parce que le promoteur principal, parti à la retraite, n'a trouvé aucun autre leader pour mener le projet ; l'autre parce que les conditions de l'expérimentation, en particulier en termes de délais de parution de l'arrêté, ont conduit le promoteur à rechercher une autre façon de fonctionner, sans actes dérogatoires. Parmi les 11 expérimentations restantes, une ne dépassera pas le stade de projet, tant les difficultés au moment de sa formalisation et de son acceptation par l'équipe médicale et soignante ont été nombreuses. Plusieurs autres difficultés ont retardé le démarrage des autres expérimentations. Certaines difficultés étaient liées à la démarche spécifique d'expérimentation, en particulier en termes d'évaluation, mais pas uniquement : obstacles liés au recrutement ou au budget, méfiance de la part des médecins ou de l'équipe soignante, formalisation laborieuse du projet clinique, nécessité de formation, etc.

Ces difficultés, que l'on retrouve dans la plupart des expérimentations, montrent que l'intégration de nouvelles formes de coopération dans une organisation existante doit suivre une démarche rigoureuse de gestion de projet.

Nous ne reprendrons pas ici toutes les étapes de la démarche de gestion de projet, mais nous insisterons sur trois points qui sont apparus essentiels au regard des expérimentations : l'intérêt de réaliser un diagnostic de la situation existante, la nécessité de prendre en compte l'existence de freins liés aux identités professionnelles en présence, avec un travail sur l'échange et la communication, et enfin le rôle fondamental du management, en termes de soutien et d'encadrement.

1. Faire un diagnostic pour se fixer un objectif réaliste

1.1 Traduire le projet en objectifs concrets et réalistes

L'analyse des protocoles proposés par les promoteurs montrent qu'ils se sont fondés sur l'identification d'un point à améliorer dans la prise en charge ou dans l'organisation générale de l'activité du service pour identifier un objectif, dont voici quelques exemples :

- améliorer l'accès au soin : augmenter le volume d'activité et réduire ainsi les listes d'attente (réalisation d'actes techniques d'ophtalmologie par l'orthoptiste, suivi des patients porteur d'HVC par une infirmière) ;
- augmenter la qualité des soins et éviter des complications en développant de nouvelles activités de dépistage ou d'éducation à la santé dans le cadre des suivis de patients chroniques (intervention d'une infirmière de santé publique en médecine générale) ;
- donner une légitimité et un cadre juridique à des pratiques professionnelles existantes (réalisation de certaines indications d'exploration par échographie par un manipulateur en électroradiologie, réalisation des explorations fonctionnelles digestives par une infirmière) ;
- améliorer la gestion des ressources humaines (ouvrir des perspectives d'évolution de carrière, faciliter le recrutement, conserver des postes) ou les conditions de travail ;
- dégager du temps médical en recentrant les interventions des médecins sur certaines activités.

1.2 L'objectif principal du projet de réorganisation de la prise en charge repose nécessairement sur une analyse critique de l'organisation en place

Le protocole commun aux expérimentations leur demandait de faire le bilan de l'organisation en place en deux temps : l'organisation du cadre de travail et la prise en charge du patient.

Le premier temps dédié à la description du cadre de travail s'est révélé bénéfique (file active, ressources humaines et matérielles, budget) en mettant en évidence *a priori* les marges de manœuvre ou au contraire les goulots d'étranglement.

Les éléments documentés provenaient :

- de l'analyse de l'activité du service ou du cabinet (estimation du nombre de patients potentiellement concernés, mesure des délais de rendez-vous, évolution de la demande de consultation) ;
- du recensement des ressources humaines (nombres de postes, description de l'activité par type de professionnel) et matérielles (nombre de lits, équipement disponible, organisation des locaux) ;
- d'études plus globales (anticipation d'une augmentation de la demande expliquée par l'épidémiologie ou la réglementation, ou d'une baisse de l'offre expliquée par la démographie professionnelle locale ou nationale).

Dans le cas où l'expérimentation concernait plusieurs centres (cas de l'échographie, de

l'échocardiographie, de la dosimétrie, de l'ophtalmologie ou de la médecine générale), le cadre de travail de chacun des centres était décrit.

Le second temps, portant sur la description de la prise en charge du patient, a permis de bien identifier les nœuds de transformation dans chaque projet.

Concrètement, cela a consisté à rendre visible le parcours type du patient, en précisant qui intervient, à quel moment, pour faire quoi. Pour être tout à fait complète, cette description doit préciser comment s'articulent les différents acteurs et comment circule l'information.

Ouvrir le champ de la réflexion à des professionnels, indirectement concernés parce qu'ils interviennent en amont et en aval de l'activité ciblée par la réorganisation, a parfois permis d'identifier certaines contraintes à prendre en compte, comme par exemple la nécessité de transmission d'informations vers ces acteurs.

Tout projet doit être traduit en objectifs concrets et réalistes.

Généralement, les objectifs reposent sur l'identification de points à améliorer dans la prise en charge du patient ou dans l'organisation de la structure.

Il est conseillé de prendre le temps de faire un diagnostic documenté de l'organisation en place. Comprendre comment marche l'organisation en place, et dans quelle histoire spécifique elle s'inscrit, permet de mieux visualiser les nœuds de transformation, et de construire un projet réaliste au regard de l'activité, des ressources humaines, des contraintes pratiques, etc. La description de l'organisation en place permet également de recueillir en amont des éléments qualitatifs et quantitatifs qui seront indispensables pour s'inscrire dans une démarche qualité, pour mesurer le chemin parcouru et pour identifier les évolutions encore nécessaires.

2. Porter une attention particulière aux identités professionnelles

Les entretiens ont permis de mettre en évidence le poids des changements qui touchent à l'identité professionnelle des différents acteurs de santé, générant crainte, résistance, indifférence ou enthousiasme, selon les représentations qu'ils ont de « ce qu'ils ont à perdre » ou de « ce qu'ils ont à gagner ». Les apprentissages en jeu, dans ce type de projets, ne s'expriment pas seulement en termes de compétences acquises, mais également en termes d'identité professionnelle.

Du côté des professions médicales, les enjeux de pouvoirs ont été évoqués à de nombreuses reprises dans les entretiens menés par le CNEH. Pour les

médecins, il s'agit d'apprendre à s'appuyer sur des compétences spécifiques, sans que cela ne remette en cause leur légitimité dans la prise en charge. Les expérimentations montrent que dans la majorité des cas, les médecins au départ réticents sont finalement convaincus, après une phase de mise en pratique. La formalisation des avantages constatés concrètement, en termes de libération de temps médical et d'amélioration de la prise en charge du patient, favorise également l'acceptation du changement par les médecins.

Concernant les autres professionnels de santé, les enjeux observés portent essentiellement sur la préservation de leur métier. Les points les plus souvent exprimés sont : une vision péjorative des évolutions en cours (devoir faire les tâches ingrates ou rébarbatives dont les médecins ne veulent plus), le risque d'un débordement non maîtrisé sur le champ

médical, l'émergence d'un niveau hiérarchique supplémentaire qui les coupent du médecin, et la redistribution des champs d'intervention entre le professionnel de santé expert et les autres membres de l'équipe soignante. Ces derniers craignent de perdre certaines pratiques qu'ils faisaient avant, sans comprendre la légitimité de ce changement, et de se voir cantonnés aux gestes techniques, ce qui remet en cause la notion de prise en charge globale. Ils se sentent alors dépossédés du patient.

Il ressort des témoignages que plus la fonction experte tend vers le champ médical, plus il est

nécessaire de travailler à se qu'émerge une vision partagée sur les finalités du projet et qu'apparaisse une conception commune sur les principes et les limites de sa mise en œuvre⁴.

Les expérimentations montrent que les freins s'estompent, dès lors que le professionnel de santé expert a prouvé dans la pratique sa légitimité personnelle et la légitimité de son intervention, par une amélioration de l'organisation⁵ et de la prise en charge du patient. Mais il est préférable que ces freins soient anticipés, et que certains leviers soient activés pour faciliter l'assimilation dans l'organisation.

Les changements portés par les projets de coopération touchent à l'identité professionnelle des différents acteurs de santé impliqués, ce qui génère crainte, résistance, indifférence ou enthousiasme.

Prendre conscience de cette dimension subjective peut aider le promoteur à mettre en place des actions pour limiter les réticences, telles que : associer les professionnels, favoriser les échanges et les débats, avec une communication claire sur les rôles des différents intervenants, la complémentarité de leurs compétences, les modes de coordination et de régulation, en insistant sur l'impact attendu de ces changements en termes d'amélioration de la prise en charge du patient et de l'efficacité des soins et des traitements.

Cette approche transparente est d'autant plus efficace que la communication est **pédagogique**, par exemple avec la présentation de pratiques identiques ou assimilables mises en œuvre par d'autres équipes en France ou à l'étranger, et **régulière** avec la présentation en cours de route des avantages constatés de la nouvelle organisation.

3. Assurer un management disponible et légitime

L'expérience permet de distinguer deux axes de management : le pilotage et l'encadrement de proximité.

Les principales qualités observées dans le pilotage des expérimentations sont l'implication des personnes-pilotes, leur disponibilité et leur légitimité aux yeux des professionnels médicaux et non médicaux. La légitimité donne l'autorité suffisante pour recadrer les pratiques par rapport au protocole si nécessaire⁶.

Les différentes situations montrent l'intérêt d'un pilotage réalisé par deux personnes complémentaires : un leader médical et un coordinateur opérationnel.

Il est également apparu que le rôle de l'encadrement de proximité (cadres de santé, cadres supérieurs, cadres de pôle) est fondamental. Ce rôle est multiple par :

- la communication. Le cadre de santé peut l'adapter à la situation locale, car il a une connaissance du type d'organisation en place et des représentations individuelles. Par sa position d'écoute, il contribue à l'acceptation du projet dans l'équipe ;

4. L'expérience en neuro-oncologie est intéressante, car elle fonctionne depuis 7 ans. Malgré cette antériorité, on voit au travers des entretiens que des désaccords subsistent sur la pertinence d'un rôle infirmier sur le champ médical et sur le risque d'un fonctionnement mal contrôlé. Une meilleure formalisation aurait permis d'encadrer la fonction de manière plus précise et visible pour l'ensemble des acteurs.

5. Le professionnel expert devient souvent un référent au sein du service, et donc un soutien pour les autres soignants qu'il ne trouvaient pas nécessairement auprès des médecins, moins disponibles.

6. Par exemple, les expérimentations ont montré que les médecins pouvaient rechigner à remplir les documents et outils prévus pour le suivi des patients ou pour l'évaluation.

- l'écoute et le soutien du professionnel de santé expert. Celui-ci est nécessairement confronté à des doutes, à un stress qui peut être important face aux changements qui s'opèrent dans ses pratiques et ses représentations professionnelles. Le soutien apporté par le cadre est d'autant plus important que le nouveau rôle d'expert génère une forme d'isolement⁷ ;
- l'encadrement de la mission du professionnel de santé expert. De par son autorité et le recul de sa fonction, le cadre garantit le périmètre d'intervention du professionnel de santé expert au sein du service face aux demandes annexes qui peuvent émaner de ses collègues (demande d'aide en cas de tension de travail) ou des médecins (risque de glissement de tâches non prévues dans ses missions) ;
- la gestion des ressources et des plannings. Le cadre est un maillon incontournable de cette nouvelle organisation et de son efficacité au quotidien, tant en termes de gestion du temps que de maintien des compétences. Il assure le fragile équilibre entre polyvalence et expertise de l'équipe soignante.

Le projet doit être piloté par une ou plusieurs personnes réellement impliquées, disponibles et légitimes aux yeux des professionnels médicaux et non médicaux.

Le rôle du management de proximité est fondamental. Il intervient en tant que vecteur de communication, en tant que personne ressource pour le professionnel expert (soutien, garant de la mission), et en tant que facteur de cohésion entre le projet et les activités ou professionnels hors projet.

Cela peut nécessiter leur sensibilisation, voire leur formation, aux questions posées concrètement par les nouvelles pratiques collaboratives.

En cas de mobilité du cadre de santé à l'origine du projet, le nouveau cadre de santé doit accepter de s'investir dans le projet.

7. Ce phénomène a été identifié dans plusieurs expérimentations : projet en échographie, en neuro-oncologie, dans le suivi de l'hépatite C à Montélimar, dans le projet de l'Établissement français du sang. Il est lié au fait que le professionnel expert a souvent peu d'interlocuteurs autres que le médecin, ou au fait que l'équipe est réticente ou incompréhensive, ce qui l'amène à exclure le professionnel.

Construire un projet de coopération

1. Formaliser le projet : une démarche collective de construction et d'appropriation

La première étape, qu'ont suivie toutes les expérimentations, a été la formalisation de leur projet selon une grille commune, dont nous présenterons ci-dessous les principaux items.

1.1 Approche collective

L'expérience montre que cet exercice n'a rien de facile, et qu'il est très consommateur en temps. Cependant, de nombreux avantages sont apparus : il permet une clarification nette des positionnements de chacun ; il résorbe les zones d'ombres et permet un consensus en amont sur tout le processus.

La participation à la préparation du projet s'est révélée un facteur d'appropriation fort. En général, l'initiative du projet relevait d'un professionnel de santé promoteur, mais les projets qui ont connu le moins de difficultés sont ceux qui ont impliqué l'ensemble des acteurs principaux assez tôt dans la conception et la mise en œuvre du projet. En particulier, le travail de définition du périmètre et des limites d'action du professionnel de santé expert s'avère être un moment de négociation important entre médecins, cadres et autres professions de santé.

Une des expérimentations a montré les limites d'un projet élaboré en dehors des professionnels infirmiers concernés au premier chef. Les infirmières en poste n'ont découvert le projet qu'au moment de sa mise en place. Elles n'ont jamais totalement adhéré au projet, pis elles ont montré une véritable réticence jusqu'à un arrêt de la participation, tant du côté médical que paramédical.

1.2 Principales étapes de la formalisation

L'hypothèse sur laquelle se sont appuyés l'ONDPS et la HAS, lorsqu'ils ont accompagné les projets

expérimentaux, était que la formalisation réponde à un enjeu organisationnel et à un enjeu de gestion *a priori* du risque, par la protocolisation des actes et activités dérogatoires.

Les deux principaux items que le promoteur devait décrire était le processus de prise en charge des patients et les ressources humaines nécessaires.

► Décrire le processus de prise en charge

La formalisation décrivait le parcours de soins type d'un patient, en définissant les interventions des professionnels de santé qui y participe. L'enjeu principal de la formalisation porte évidemment sur les actes ou activités dérogatoires qui sont mis en œuvre.

Description de la file active

Ce point précisait quels patients devaient être pris en charge, à partir de critères d'inclusion et d'exclusion.

Description des actes ou activités dérogatoires réalisés

Il s'agissait : d'une part, de lister les actes et activités dérogatoires et de les décrire, en précisant par exemple les indications d'un acte technique, les objectifs et contenus de consultations, etc. ; d'autre part, d'identifier les professionnels autorisés à les réaliser (nom, compétences).

Description des rôles et responsabilités des différents intervenants

Pour le professionnel expert, l'accent a été mis sur la description fine de son champ d'intervention (objet, périmètre, limite). Ce point a parfois demandé plusieurs réunions. Par exemple, derrière le libellé « réalisation de certaines indications d'exploration par échographie », il était demandé de préciser si l'intervention du manipulateur en électroradiologie consistait en un recueil de données, s'il interprétait les données recueillies ou s'il allait jusqu'à proposer un diagnostic. Plus la fonction experte tend vers le champ médical, plus il est nécessaire de renforcer la définition du cadre d'exercice des professionnels de santé experts et de l'articulation de leur rôle avec celui des médecins.

Pour les médecins, il s'agissait de définir le degré et les modalités de suivi de l'activité du professionnel expert afin de :

- définir la nature de l'intervention du médecin. Trois catégories d'interventions ont été identifiées dans les expérimentations : l'astreinte (un médecin doit être joignable en cas de besoin identifié par l'expert) ; la supervision (un médecin est informé à des moments clés du processus) ou la validation (le médecin contrôle l'acte ou l'activité du professionnel expert). D'autres modalités de suivi peuvent évidemment être proposées ;
- établir une chronologie des interventions médicales. Le suivi médical est consommateur en temps médical et paramédical. Il peut être systématique

après chaque examen ou consultation (cas des examens en imagerie puisque les médecins fondent leur diagnostic sur les examens) ou à intervalles (en diabétologie, le patient est revu par le médecin après une période de 3 mois) ;

- préciser les médecins responsables de ce suivi. Dans les expérimentations, le suivi pouvait être fait par tout médecin appartenant au service, dès lors qu'il était présent (projet en neuro-oncologie) ou alors uniquement par le médecin référent du patient, ce qui impliquait une organisation des rendez-vous pour les consultations infirmières qui correspondait aux dates de présence du médecin référent (projet de suivi en hépatite C de Montélimar).

Tableau 1. Exemple de tableau permettant de formaliser la prise en charge

Processus de soins	Médecin	Infirmière	Aide-soignante
Accueil			X
Consultation	X		
Diagnostic et plan thérapeutique	X		
Consultation d'annonce	X	X	
Consultation de suivi 1	Supervision	X	
Consultation de suivi 2		X	
Prescription d'examens à visée diagnostique		X	
Reconduction du traitement	Validation	X	
...			

L'aboutissement de la formalisation de ces deux points - description des actes et activités ; description des rôles et responsabilités - est la production de protocoles cliniques, acceptés par l'ensemble des participants (cf. paragraphe 3.1, page 21).

► Décrire les ressources humaines et matérielles nécessaires

Outre les dimensions cliniques ci-dessus, le projet formalisé présentait les conditions de fonctionnement, en termes de ressources humaines et matérielles. Ces points feront l'objet de développements spécifiques dans les sections suivantes.

- **Description des compétences nécessaires** : la production de fiches de poste permet d'identifier les

compétences associées aux fonctions de professionnel expert. Les formations complémentaires prévues sont décrites (compétences à acquérir, condition de leur acquisition, évaluation des acquis).

- **Description des conditions de fonctionnement nécessaires au projet** : configuration particulière des locaux, équipement matériel minimum (par exemple dans le cas des échographies, des orthopistes ou des infirmières en cabinet de médecine générale de groupe).
- **Description des outils nécessaires au projet** : protocoles cliniques, *check-lists*, outils de coordination, outils de suivi de l'activité, outil de partage de l'information, etc.

- **Établissement d'un budget prévisionnel** qui recense les dépenses d'investissement ou de fonctionnement nécessaires à la mise en œuvre du projet, mais qui cherche également à estimer les éventuelles économies générées. Si cet exercice est incontournable aussi bien à l'hôpital qu'en ambulatoire, il est particulièrement important dans le cadre d'une activité libérale rémunérée à l'acte, car il permet de définir la viabilité économique du projet en fonction du volume d'activité du cabinet.
- **Description des démarches qualité** en termes d'analyse et d'évaluation des pratiques individuelles et collectives (respect du cadre d'exercice du professionnel expert, respect des procédures, etc.), que ce soit dans le cadre du développement professionnel continu ou non.

1.3 Approche réflexive qui permet au projet d'évoluer

Si la formalisation la plus poussée possible est un préalable, elle ne signifie pas que le projet soit figé : d'une part, il s'inscrit dans un environnement qui ne l'est pas ; d'autre part, la démarche repose sur des apprentissages « chemin faisant » en termes de compétences, en termes organisationnels et en termes d'identités professionnelles.

Cette phase de montée en puissance progressive est variable selon la nature des projets : elle est plus courte pour les projets portant sur des actes ponctuels essentiellement technique, que pour les projets visant à une nouvelle forme d'organisation des soins avec des activités à visée diagnostique et thérapeutique.

L'exemple des infirmières référentes en neurologie illustre bien ce point, les fonctions qu'elles exercent aujourd'hui, ainsi que l'organisation qui encadre leur activité, n'ayant pas été pensées comme telles à l'origine (cette expérience a un recul de 7 années). Les rôles et les fonctionnements actuels résultent d'ajustements progressifs, certains visant à maintenir les

meilleurs équilibres par rapport à l'environnement et aux événements, d'autres répondant à la façon dont les différents acteurs se sont inscrits dans la nouvelle configuration et se sont repositionnés⁸.

Les entretiens réalisés dans le dispositif ASALEE (Daniellou, 2007) montrent que certains cabinets ne se contentent pas d'exécuter les protocoles, mais essaient des choses en marge des protocoles (ex. : examen de pied des diabétiques). Si un cadrage très ferme est nécessaire dans la phase de mise en place, une place doit ensuite être réservée aux initiatives, avec un encadrement et un suivi collectif, afin de favoriser l'émergence sécurisée des « bonnes idées qui méritent d'être généralisées⁹ ». Cela implique qu'il existe un espace où peuvent se développer des controverses entre plusieurs acteurs et plusieurs logiques, avec un mécanisme de décision qui permette éventuellement l'expérimentation.

Cela nous amène à admettre que ces projets peuvent être initiés sans disposer d'un corpus définitif de protocoles et de procédures régissant toutes les dimensions des pratiques collaboratives, dans la mesure où le périmètre et le contenu des pratiques inscrites dans l'espace de la collaboration peuvent connaître des reconfigurations.

Un projet réactif laissera la place aux ajustements, aux évaluations, à l'acquisition des compétences et à la construction de la relation entre les professionnels de santé.

Accepter le caractère réactif d'une telle démarche implique que l'on accepte également la possibilité d'y mettre un terme si l'expérience n'est pas favorable, d'autant qu'il est prévu dans l'article 51 de la Loi HPST que les ARS puissent arrêter un projet en cours. Les expérimentations ne présentent pas d'exemple de projet qui a dû s'arrêter après sa mise en œuvre, et n'apportent donc pas d'enseignements sur ce sujet. Il semble cependant légitime de penser qu'il serait utile pour les promoteurs de prévoir les conditions de sortie de l'expérience si le cas se produit.

8. Par exemple, il peut arriver que les nouvelles missions du professionnel expert aient des zones de recouvrement avec un autre acteur de la prise en charge (les services sociaux, les unités de soins palliatifs, etc.).

9. Daniellou propose un parallèle intéressant avec la gestion de la sécurité dans les entreprises à risque (Daniellou, 2007), les doctrines de prévention étant fondées sur la mise en place de procédures de sécurité et l'obligation de se conformer à ces procédures. Les limites de cette approche ont conduit à un arbitrage entre « la conformité des comportements » et « les initiatives en sécurité » : signalement des dysfonctionnements ou des manques, suggestion de parades, etc.

Une formalisation rigoureuse en amont du projet assure la cohérence de ce dernier en travaillant les objectifs et les moyens nécessaires pour le réaliser, en termes de ressources humaines, techniques ou procédurales ; elle est un outil socle incontournable de la gestion de projet évoquée précédemment.

Les principaux points à formaliser sont : la description du processus de prise en charge, qui définit les interventions et responsabilités des différents professionnels qui y participent, et la description des ressources humaines et matérielles nécessaires.

Par ailleurs, la formalisation précise et écrite du projet favorise la reproductibilité de celui-ci indépendamment des personnes associées. Le projet est moins en danger en cas de mobilité d'un des acteurs principaux.

Cette formalisation n'est pas incompatible avec une démarche réflexive sur le projet, qui doit rester réactif. Il est essentiel de prévoir des moments de réflexion sur la pratique et sur l'organisation : retour vers les acteurs concernés, points sur les acquis, pour permettre à chacun de se resituer. Des temps d'évaluation réguliers permettent un suivi de l'organisation.

2. Recruter des acteurs motivés et formés

2.1 Naissance d'une relation de confiance partagée

Les entretiens réalisés mettent en avant la relation de confiance qui s'établit entre médecins et professionnels experts. Le travail en équipe, marquant la construction d'une véritable coopération, est ressenti comme un atout fort d'efficacité (sécurisation de l'acte exploratoire, double regard sur la pathologie et la santé du patient, apprentissages mutuels, processus de réassurance). A contrario, l'absence de cette relation circonscrit l'impact de l'intervention du professionnel de santé expert à un simple service « facilitateur »¹⁰.

Il a également été souligné que le rapport de confiance qui se constitue repose sur une relation professionnelle (un accord sur les objectifs et sur les missions) fondée sur des compétences avérées et non uniquement sur des relations interpersonnelles préalables. Une équipe, reposant exclusivement sur

une dimension « personne », empêcherait la reproductibilité de la pratique avec d'autres professionnels.

Cette notion d'équipe met en avant : d'une part, l'importance de la coopération, il ne s'agit pas de la simple juxtaposition de compétences différentes ; d'autre part, la distinction et la valorisation de cœurs de métiers différents, les professionnels de santé experts ne se présentant pas comme des « médecins bis ».

2.2 Définition d'un profil de poste

► Parcours professionnel

Les paramédicaux, choisis pour participer aux expérimentations, jouissent plutôt d'une expérience professionnelle importante de la prise en charge de la pathologie ou de la pratique elle-même, lorsque celle-ci existait avant la parution de l'arrêté. Les infirmières avec peu d'expérience ont pu manifester de l'appréhension à ne pas posséder les compétences nécessaires.

Les entretiens ont permis de recueillir l'avis des professionnels sur la nécessité d'une expérience professionnelle.

10. Cette différence d'approche du travail collectif apparaît clairement dans l'expérience ASALEE, dans laquelle certains médecins s'arrêtent au travail des infirmières sur les dossiers, sans chercher à construire une collaboration permettant une double approche du patient et un échange. Rien ne permet actuellement de savoir si ce mode de fonctionnement est moins efficace pour le patient. En revanche, le manque d'échange direct (l'échange se fait uniquement par l'intermédiaire du dossier patient), risque de générer à terme une démotivation des professionnels de santé experts.

Tableau 2. Avis des professionnels sur le niveau d'expérience requis

Intitulé	Expérience pressentie
L'IDE dans la chimiothérapie à l'hôpital de jour d'oncologie médicale	3 ans en cancérologie (en hospitalisation conventionnelle et en hôpital de jour)
L'IDE référente en neuro-oncologie	5 ans en neuro-oncologie
Le rôle d'une assistante en pathologie prostatique	2 ans dans un service d'urologie
IDE clinicienne en hépato-gastro-entérologie	Expérience professionnelle « bienvenue » une expérience reconnue comme infirmière et dans le domaine spécifique « de quelques années »
Infirmière experte en hémodialyse	5 ans en dialyse minimum
Rôle du diététicien dans la prise en charge du diabète	Expérience professionnelle requise en raison du volet éducation thérapeutique (un certain vécu avec les patients)
Échocardiologie	Pas d'expérience antérieure (IDE ou MER), même si une connaissance pratique en cardiologie est un plus

Source : CNEH

Les avis sont partagés sur l'origine du professionnel expert : doit-il être recruté en interne au sein du service, ou en externe ? Le fait de connaître le service peut être considéré a priori comme un facteur facilitateur (connaissance du personnel, du matériel, de l'organisation), mais peut également s'avérer être un facteur de pression (difficulté de positionnement par rapport à ses anciens collègues, doute, difficulté d'endosser un nouveau rôle dans un environnement connu, peur du jugement).

Un projet, ayant choisi de s'organiser sur deux demi-postes plutôt qu'un poste complet, met en avant que cela a pu aider les professionnels de santé experts, en limitant l'anxiété due aux nouvelles pratiques.

► Qualité personnelles

Certaines expérimentations, où la fonction implique interprétation et décision, insistent plus sur les qualités personnelles que sur les compétences « techniques » qui, sans être minimisées, sont placées uniquement sous le registre de l'apprentissage.

L'analyse des entretiens a permis de dresser une liste des qualités personnelles les plus souvent citées à propos du professionnel expert :

- des qualités relationnelles vis-à-vis des patients et des médecins ;
- de la rigueur, de la finesse d'analyse, du discernement, une attention soutenue ;

- le goût et le sens des responsabilités ;
- une curiosité intellectuelle et une appétence pour la formation ;
- la motivation à s'investir dans de nouvelles fonctions : volonté, engagement, investissement personnel. Dans les actes techniques, un intérêt indispensable pour la technicité ;
- en cas de recrutement interne, il faut que le professionnel ait un capital de confiance et de crédit professionnel auprès de ses collègues et des médecins ;
- une capacité à faire face à une mission qui peut s'avérer difficile (charge de travail, poids des responsabilités, multiplicité et simultanéité des sollicitations et des situations à traiter) ;
- une personnalité pour tenir avec l'autorité suffisante sa position vis-à-vis d'un grand nombre d'interlocuteurs ;
- avoir conscience de son rôle et de ses limites, savoir se remettre en question ;
- une capacité de travailler en collaboration.

L'objectif de cette énumération n'est évidemment pas de dresser un portrait du professionnel expert idéal, mais d'aider le promoteur à faire les arbitrages qui peuvent s'avérer nécessaires entre les candidats.

2.3 Processus de sélection du professionnel de santé expert

► Cooptation ou poste ouvert

Deux processus de sélection ont été adoptés par les expérimentateurs : un processus par cooptation, où le professionnel pressenti est directement sollicité par le promoteur, et un processus de sélection avec publication du poste, CV, lettre de motivation et entretien. Le risque de la cooptation est de générer des tensions, voire des jalousies au sein du service, si les critères de sélection et le choix ne sont pas explicites.

Il est préférable que les médecins soient impliqués dans la sélection des professionnels de santé experts auxquels ils entendent confier l'acte technique sur lequel repose le diagnostic. Cela constitue une condition favorable à une légitimation de la coopération du côté médical.

► Principe du volontariat

La seule expérimentation qui ne repose pas sur ce principe (tous les postes fixes du service sont impliqués dans le projet) montre que ce mode de mise en place n'est pas compatible, tout au moins dans un cadre expérimental, avec une acceptation de la démarche par les professionnels qui ont rejeté le projet. Une fois que la pratique est installée et stabilisée, il est possible d'attacher les fonctions au poste et non à des individus particuliers. Le volontariat se fera de facto avec une inscription claire de la mission dans la fiche de poste. Les personnes postulant seront alors par définition volontaires pour la mission.

► Sélection intervenant suffisamment tôt dans le projet

S'il est évident que le choix de la personne ne peut se faire sans une réflexion *ex ante* sur les missions qui seront les siennes, et donc sur le profil de poste, il est préférable que la sélection des professionnels de santé experts n'intervienne pas lorsque le projet est complètement bouclé, afin qu'ils puissent participer à la formalisation opérationnelle de ce dernier, en particulier sur la définition du périmètre et des limites de sa mission (cf. paragraphe 1.2, page 14).

2.4 Formation par compagnonnage, articulant théorie et pratique

Différents niveaux de formation ont été mis en place dans les projets expérimentaux en fonction du degré d'expérience des professionnels de santé experts impliqués. Elle associe la formation théorique, qui vise essentiellement à élargir le champ des connaissances (anatomie, physiologie, par exemple) et la formation pratique, qui vise à sécuriser la réalisation de l'acte.

► Formation pratique par compagnonnage

On constate que tous les projets¹¹ ont mis en place une phase de formation par compagnonnage.

Cette formation-accompagnement se fait selon des modalités variées : période d'observation de la pratique médicale, études de cas, période de mise en pratique en présence du médecin, période de mise en pratique autonome avec contrôle *a posteriori* par le médecin.

La formation par compagnonnage visait, au travers de la pratique, l'acquisition par le professionnel de santé expert des compétences suivantes :

- s'approprier les objectifs thérapeutiques ou diagnostiques ;
- savoir proposer, en fonction de la situation du malade ou du déroulement de l'examen, une stratégie thérapeutique, une stratégie de prévention, un traitement des effets indésirables, des alternatives ou un complément si l'examen en cours se révèle insuffisamment informatif ;
- identifier les situations où l'intervention du médecin responsable du suivi du malade, d'un autre professionnel médical ou paramédical est nécessaire ;
- maîtriser une communication pertinente avec le malade.

Dans certains projets, il devait également :

- savoir pratiquer certains gestes jusqu'alors réservés aux médecins ;
- anticiper les besoins futurs du malade ;
- mener une analyse du contexte médico-social du malade et identifier les réponses possibles en cas de difficulté.

11. Un projet n'a pas réussi à organiser cette phase pratique au lit du patient, en raison de la charge de travail des expérimentateurs qui n'a pas permis d'y consacrer le temps nécessaire. Cette expérimentation a souffert d'un manque d'implication très forte des professionnels de santé.

► Formation théorique

Cette formation par compagnonnage était, la plupart du temps, complétée par des formations théoriques visant à :

- connaître et maîtriser la pathologie concernée ainsi que les paramètres de biologie et d'imagerie nécessaires au suivi de son évolution ;
- connaître les stratégies thérapeutiques recommandées en fonction de la situation du malade, ainsi que la prévention et le traitement de leurs effets indésirables.

Les formations théoriques proposées dans les expérimentations sont présentées en Annexe 3. Le volet théorique s'est appuyé sur des formations existantes (DU, modules médicaux) ou sur des formations organisées et dispensées en interne par les médecins du service.

Il apparaît que l'acquisition de connaissances théoriques d'ordre médical est nécessaire pour les fonctions qui comportent une activité clinique.

► Conditions de réussites de la formation

La formation a souvent été évoquée dans les entretiens comme l'un des points à améliorer. L'analyse des arguments développés permet de proposer quelques pistes pour conduire une formation réussie.

- **L'organisation de la formation** : coordination entre les intervenants, temps dédié à la formation et horaires cohérents avec le planning des professionnels, supports disponibles pour les participants, évaluation du niveau d'apprentissage, évaluation de la formation.

- **Le contenu** : la formation doit être conçue en fonction d'objectifs clairement définis et adaptés aux problématiques particulières posées par les nouvelles pratiques. Il apparaît que l'un des éléments fondamentaux sera de définir le point d'équilibre entre formation pratique par compagnonnage et formation théorique. Il est vraisemblable que ce point d'équilibre émergera par évaluation et adaptation continue de la formation, au regard des retours d'expérience sur le terrain.

- **Les participants** : le public est précisé *a priori*. En cas de formation interne, les critères de choix des intervenants doivent être explicites. Le degré d'implication réel est un élément de réussite de la formation, tant au niveau du public que des intervenants.

- **La réalisation** effective de la formation prévue.

L'une des expérimentations témoigne que la formation, si elle s'engage mal, devient un facteur de démotivation plutôt que d'encouragement, dans la mesure où, au moment d'expérimenter la pratique elle-même, les acteurs sont peu investis et peu préparés.

Il apparaît que l'un des objectifs de la formation est d'amener les professionnels experts à être confiants en leur niveau de compétence, ce qui est indispensable pour une mise en œuvre sereine et totalement assumée de nouvelles pratiques. Si la formation est insuffisante pour atteindre ce niveau de confiance, la mise en œuvre peut être sous-optimale, au moins dans un premier temps, par exemple avec un besoin de réassurance excessive auprès des médecins.

Le volontariat est un principe incontournable.

Le recrutement doit reposer sur la définition de profils de poste (formation initiale et continue, expérience professionnelle, qualités personnelles).

Il peut se faire par cooptation ou sur un poste ouvert, l'important étant que les critères de sélection des candidats soient explicites.

Une formation par compagnonnage est recommandée. Elle articulera formation théorique et formation pratique, dans la mesure où ces deux modalités ne visent pas les mêmes compétences.

Au-delà de la stricte acquisition de compétences, la nouvelle fonction de professionnel de santé expert requiert d'être accompagnée, d'être portée par une logique de tutorat, où la transmission des savoirs et savoir-faire soutient et prend en compte l'appropriation des nouvelles dimensions du rôle.

3. Mettre à disposition des outils communs

La coopération repose : d'une part, sur une gestion des risques *a priori* par des protocoles, des *check-lists* ou tout autre outil formalisé et collectif de la prise en charge ; d'autre part, sur une information partagée.

3.1 Protocoles et outils : une gestion des risques *a priori*

Il est important de remarquer, que toutes les pratiques expérimentées entre 2004 et 2007 s'avèrent protocolisables, même si le travail est plus complexe et plus long pour certaines, avec des phases d'apprentissages et d'ajustements. La protocolisation des pratiques est donc faisable même dans les projets les plus complexes.

Tous les projets expérimentaux ont mis en place des outils transversaux, permettant à la fois une fluidité de la gestion de la prise en charge et la transmission du maximum d'informations. Cependant, l'expérience montre que les professionnels ne connaissent pas toujours la fonctionnalité, voire l'existence, de ces outils.

Des temps de réflexion sur ces outils peuvent être bénéfiques, afin d'en évaluer la pertinence, car ils représentent une charge de travail supplémentaire, et il est indispensable qu'ils répondent de manière adaptée à de réels besoins, au risque de ne pas être remplis, comme cela a pu être le cas dans certaines expérimentations.

Dans l'expérience ASALEE, le système d'information s'adapte à l'évolution du projet, avec un prototype

minimaliste élaboré en juillet 2004 pour permettre au projet de démarrer et la mise en place d'un nouveau système support en 2006, approprié à l'extension du projet à 40 médecins ou à l'ajout de nouveaux protocoles.

Le niveau de reproductibilité de ce cadre de référence, dans une structure différente, est variable selon la nature des projets.

3.2 Circulation et partage d'informations

Plusieurs niveaux ont pu être observés dans la circulation et le partage de l'information.

- **Communication interne** sur le projet dans l'unité concernée, mais également dans la structure générale. En particulier, il est nécessaire que le projet et ses finalités soient acceptés et compris par les autres services, en lien avec la prise en charge du patient.
- **Circulation des informations** sur le patient et sa prise en charge. Ceci pose la question des dossiers partagés, en particulier en secteur ambulatoire ce qui renvoie à la définition d'une coordination efficace en secteur de ville, hors réseaux. Des outils informatisés de gestion des dossiers permettent une circulation des informations rapide, efficace et accessible à tous les acteurs. En outre, la clarté des courriers et des comptes-rendus peut faire l'objet d'un travail bénéfique de formalisation.
- **Information du patient** : toutes les expérimentations prévoyaient que le patient soit informé du processus expérimental et des rôles de chacun. Les patients n'ont manifesté aucun refus dans les expérimentations.

La prise en charge globale et pluridisciplinaire, telle que conçue dans les expérimentations, repose sur une conception du travail en équipe, axée sur le partenariat et non sur la simple juxtaposition de compétences complémentaires.

De tels projets nécessitent un cadre d'intervention strictement encadré par des documents de références (le projet formalisé définissant les rôles et les responsabilités de chacun) et par des outils de gestion *a priori* du risque (protocoles, *check-lists*).

Les outils transversaux doivent être accessibles à tous les acteurs gravitant autour du patient. Une (in)formation sur les outils peut bénéfiquement accompagner leur mise en place.

Comme toute activité collective et pluridisciplinaire, ces projets nécessitent des outils de partage d'information.

4. Créer un environnement favorable

L'organisation de la coopération entre le médecin et le soignant expert ne peut se penser indépendamment de l'organisation générale du service.

4.1 Facteurs favorables liés à l'environnement

► Champ de la reconnaissance et de la légitimation

L'analyse des expérimentations souligne l'importance d'une cohérence forte entre : d'une part, ce qui est affiché en termes d'enjeux pour le système de santé et d'avantages attendus pour les professionnels ; et d'autre part, la place accordée institutionnellement et localement aux nouvelles formes de coopération.

Une étape a été franchie en termes de reconnaissance institutionnelle, avec l'inscription en 2009 d'un principe de dérogation au Code de santé publique dans la loi HPST (article 51).

La place réservée à ces nouvelles pratiques et organisations au plan local est un élément moteur fort, par une reconnaissance dans le fonctionnement général de la structure : implication directe des instances décisionnelles et représentatives ; prise en compte dans les processus de gestion, par exemple en favorisant les formations ; place dans le projet de pôle ; communication interne sur le projet.

Le niveau local est requis pour donner de la crédibilité aux pratiques. Très concrètement, cela se manifestera, par exemple, par la sensibilisation, voire la formation, du management de proximité aux questions posées concrètement par les nouvelles pratiques et la nouvelle organisation ; par l'adaptation des locaux, des surfaces de travail, de la concordance des plannings, et par la mise en place d'espaces et moments spécifiquement dédiés à la régulation, à la supervision et à l'évaluation des compétences et des pratiques professionnelles.

► Environnement stable

Un projet de nouvelle coopération a plus de chance de réussir lorsqu'il est mis en place dans un cadre stabilisé : des professionnels qui ont l'habitude de travailler ensemble avec un capital confiance préexistant, pas de mobilité importante des professionnels (un facteur de retard important ou de blocage a été

le départ du promoteur à la Pitié-Salpêtrière ou Bichat, ou du coordinateur à la Pitié-Salpêtrière), une organisation stabilisée (pas d'autres projets importants de réorganisation en parallèle, comme le projet de centralisation des chimiothérapies par la pharmacie à l'AP-HP, le dossier de soin informatisé, l'organisation en pôle, etc.).

L'acceptation de changements importants nécessite une équipe sans conflit majeur latent et, le changement s'opère d'autant plus facilement qu'il existe déjà une culture de prise en charge collective et pluridisciplinaire.

4.2 Moyens dimensionnés au projet

► Ressources humaines

La mise en place de pratiques différentes, ainsi que les changements dans l'organisation qu'elles génèrent, peut se traduire par une augmentation de la charge de travail.

Certains changements peuvent intervenir à moyens humains constants, par exemple en optimisant une organisation initialement peu efficace. D'autres, au contraire, entraîneront une charge de travail supplémentaire, en augmentant la file active des patients ou en complétant la prise en charge des patients par de nouveaux services.

La phase expérimentale est particulière en ce qu'elle génère nécessairement une charge de travail supplémentaire liée à l'évaluation, surtout quand le protocole prévoit une double consultation ou un double examen. Cette charge de travail supplémentaire peut être très mal perçue en cas de tension déjà existante. La question d'un soutien, le temps de l'expérimentation, doit être clairement posée.

► Besoin de coordination

Les expérimentations n'apportent pas beaucoup d'éléments formels sur les besoins de coordination, mais cela s'explique par le dimensionnement des projets, reposant souvent sur un très faible nombre de personnes. Il est toutefois possible de repérer dans toutes les expérimentations un « coordinateur opérationnel », même si ce rôle n'est pas identifié formellement.

Les besoins de coordination des interventions sont souvent réduits à une question de gestion des plannings (rôle du cadre de soin) ou des rendez-vous (rôle de secrétariat).

La coordination a été plus importante en cas de projet multisite, car cela nécessite la formalisation commune des protocoles de prise en charge et des protocoles d'évaluation, ainsi que l'élaboration d'outils communs. La HAS a souvent joué un rôle dans cette phase, en favorisant les échanges et en centralisant la réflexion sur les protocoles et les outils. Une expérimentation multisite a créé un statut de coordinateur pour l'un des professionnels de santé experts (4 sites en diététique). L'association ASALEE s'est dotée d'un bureau chargé de la gestion et de la coordination du projet, assisté par un cabinet de consultants : démarches de pérennisation, mise en place des évaluations, suivi des indicateurs d'activité des cabinets et des paramètres biologiques des patients, élaboration des protocoles.

La coordination s'avère multidimensionnelle (coordination de la prise en charge du patient, coordination structurelle de l'organisation) et multiniveaux (coordination entre les médecins, entre les paramédicaux et entre les médecins et les paramédicaux).

Que ce soit en ville ou à l'hôpital, une bonne coordination entre les professionnels implique la reconnaissance de temps dédié pour l'établissement de comptes-rendus et les partages d'information, ainsi que la mise en place de procédures d'alerte. D'autres outils de coordination, liés à l'organisation et non plus à la prise en charge, peuvent s'avérer nécessaires : convention entre le médecin et l'association¹², règlement intérieur¹³, cahier des charges¹⁴.

La fonction de coordination peut être « experte » - c'est-à-dire intégrant de façon privilégiée l'expertise clinique et visant à une prise de décision collégiale autour du patient - ou « logistique » - les coordonnateurs ayant surtout un rôle de circulation de l'information au sein du réseau, de planification et d'animation des réunions.

4.3 Organisation géographique et temporelle

L'organisation géographique et temporelle des services, des unités ou des pôles, doit être repensée pour intégrer cet acteur supplémentaire aux compétences différentes : adaptation des locaux (nombre et localisation des salles d'examen ou de consultation), des surfaces de travail, de la concordance des plannings, itinéraire optimisé du patient pour permettre aux médecins et aux autres professionnels de santé d'être sur place en proximité et/ou simultanément.

En particulier, il est nécessaire de prévoir la mise en place d'espaces et de moments spécifiquement dédiés à la régulation¹⁵, à la supervision et à l'évaluation des compétences et des pratiques professionnelles. Ce temps doit être réellement reconnu afin d'éviter les bouleversements imprévisibles et fréquents de plannings.

La coordination des lieux et des temps d'intervention est nécessaire compte tenu des organisations actuelles. En ville, il existe aujourd'hui une disjonction entre l'activité des médecins au sein de cabinets et celle des infirmières au domicile des patients et, à l'hôpital, le temps des médecins et des autres professionnels de santé est soumis à des règles et des programmations différentes.

Selon les expérimentations, la proximité des médecins facilite les échanges, qu'ils soient formels (supervision, validation, participation aux staffs) ou informels (échanges quotidiens facilités par la proximité des bureaux). Elle serait un gage de sécurité et d'efficacité (évoqué en neuro-oncologie et en échocardiographie¹⁶).

12. Cette convention demande en particulier au médecin de s'engager « à ne faire exécuter par l'infirmière que les protocoles validés par l'association à l'exclusion de toute autre tâche ».

13. Le règlement intérieur explicite l'obligation pour les médecins d'adapter « leur mode d'exercice aux protocoles fixés par l'association ASALEE » ; ils « acceptent de les appliquer *in extenso* ».

14. Le cahier des charges prévoit par exemple que l'infirmière doit pouvoir disposer d'un bureau, d'un téléphone, d'un ordinateur permettant l'accès en réseau aux dossiers médicaux des patients, et d'un accès haut débit à Internet (connexion au portail ASALEE).

15. Ces moments de régulation permettent d'échanger sur l'organisation et le fonctionnement.

16. En neuro-oncologie, où l'infirmière bénéficie d'une autonomie importante, les occasions d'échanges entre médecins et infirmières référentes limiteraient les risques que les professionnels de santé experts dépassent leurs responsabilités. Dans le cas de l'échocardiographie, c'est l'organisation homme/machine/espace qui est citée comme un enjeu fondamental pour une réalisation sécurisée de l'acte.

Dans ce cadre, la question des lieux d'exercice en commun apparaît déterminante.

L'analyse des expériences internationales montre que ces coopérations se sont surtout développées dans

des contextes où les professionnels médicaux et non médicaux exercent dans des structures communes. La question de savoir si cette unité de lieux n'est qu'un facteur favorisant ou constitue un facteur nécessaire n'est pas résolue.

Un projet d'innovation organisationnelle a d'autant plus de chances de succès qu'il se développe dans un environnement favorable.

Premièrement, cela implique que le projet bénéficie d'une légitimité reconnue et affirmée au sein de la structure et qu'il se met en place dans un cadre stabilisé (habitude de travail collectif, pas de mobilité importante de personnel, organisation établie).

Deuxièmement, il est important que le dimensionnement des moyens humains nécessaires à la mise en place des nouvelles pratiques soit bien évalué en amont. En particulier, les pratiques collaboratives se traduisent nécessairement par un besoin accru de coordination, dont il faudra préciser localement les missions et les moyens (temps dédié).

Troisièmement, l'organisation temporelle et géographique de l'activité doit être adaptée aux nouvelles pratiques (temps d'échanges, supervision médicale, circulation des patients).

S'inscrire dans une démarche qualité

L'un des enjeux des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé est l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, quel qu'en soit le levier : amélioration de l'accès aux soins, développement de nouvelles activités, réorganisation de la prise en charge, etc.

Il est donc logique que la gestion de tels projets intègre la problématique de la démarche qualité.

1. Évaluer les pratiques professionnelles et collectives

1.1 Prévoir un temps de réflexion collectif et régulier sur les pratiques

Il peut être important de prévoir des temps de réflexion, rassemblant les acteurs principaux du projet (médecins, cadres de santé, professionnels de santé experts ou non), sur l'impact des nouvelles pratiques en termes de métier ou de positionnement. Ces moments semblent plus pertinents dans l'accompagnement du projet qu'au moment de sa formalisation.

► Pour le médecin : investir un nouveau rôle de supervision¹⁷

Lorsque la pratique fonctionne en routine, le degré et la forme de la supervision sont à revoir régulièrement en fonction du projet et des pratiques. Pour certaines pratiques, le professionnel de santé expert va acquérir dans sa spécificité un niveau de compétence justifiant son autonomie. Pour d'autres pratiques, le médecin restera le référent avec un rôle de validation ou de supervision.

Quel que soit le niveau de supervision mis en place, trois points de difficulté ont été soulevés dans les expérimentations.

- **Les professionnels, médicaux ou non**, impliqués dans les expérimentations expriment la difficulté pour les médecins de ne pas perdre complètement la compétence transmise, afin qu'ils puissent garder leur rôle de référent en cas de besoin. Le fait que les médecins ne doivent pas se désinvestir a été soulevé dans de nombreuses expérimentations.
- **Les principes de suivi** définis dans les protocoles doivent être respectés. Le suivi médical est une activité complémentaire à celle du professionnel expert, qui nécessite que le rôle de chacun soit respecté. En d'autres termes, le médecin ne doit pas refaire la consultation ou l'examen.
- **La supervision** implique que l'organisation générale intègre cette activité (temps médical et paramédical dédié, géographie des lieux).

► Pour les autres professionnels de santé : assumer des évolutions majeures

Extension des métiers ou évolution du métier

Selon le CNEH, les pratiques développées dans la majorité des expérimentations restent dans le champ des métiers des professionnels de santé, et en constituent une extension : accès à une technique supplémentaire qui complète les compétences en imagerie des manipulateurs en radiologie (échographie, échocardiographie), outil supplémentaire dans la prise en charge technique des patients pour les infirmiers (échocardiographie, exploration fonctionnelle digestive) ; renforcement des compétences des diététiciens sur le registre de la diabétologie et de l'éducation thérapeutique, élargissement du périmètre du métier infirmier (infirmière en dialyse, infirmière en oncologie, don du sang). L'approche d'infirmière en santé publique reste strictement dans le champ du métier infirmier¹⁸ en développant certains volets, en particulier éducatifs.

17. Les médecins, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, ont déjà un rôle de supervision des internes. Cependant, la supervision d'un autre professionnel de santé expérimenté est probablement très différente.

18. Au cours de la consultation, l'infirmière est amenée à poser un diagnostic infirmier qui ne porte pas sur la pathologie, mais sur les possibilités de « construction de la santé » chez un patient particulier.

En revanche, les activités réalisées par les infirmières référentes en neuro-oncologie, en pathologie prostatique, dans le suivi de l'hépatite C ou infirmière de santé publique en médecine générale, prennent appui pour partie sur des activités et des compétences clés de leur métier, mais elles s'inscrivent en grande part dans une évolution de celui-ci, aussi bien du point de vue de son contexte et de ses modalités d'exercice (consultations), que de celui de son contenu¹⁹.

Arbitrage nécessaire entre polyvalence et expertise

Dans le cas d'une extension du métier paramédical, la problématique est différente selon qu'il s'agit d'actes à visée diagnostique ou de pratiques à visées thérapeutiques.

- Concernant **les actes à visée diagnostique**, il s'agit de savoir si les actes nécessitent ou non une pratique exclusive. En échographie, la pratique ne serait pas compatible avec des MER polyvalents entre échographie, scanner et IRM ; il s'agirait ainsi d'une véritable spécialisation. Les explorations fonctionnelles digestives requièrent également une pratique régulière, mais pourraient être associées à d'autres explorations fonctionnelles (méthodes non invasives de mesure de la fibrose hépatique). L'échocardiographie serait une expertise dans une pratique polyvalente infirmière ou MER et non pas une spécialité.
- Concernant **les pratiques à visée thérapeutique**, une réflexion doit être engagée pour savoir si on doit avoir une concentration des activités sur une fonction bien identifiée (choix de l'expérimentation menée dans un centre de dialyse) ou si les activités sont prises en charge par toutes les infirmières du service (choix de l'expérimentation menée en oncologie).

Dans le cas d'une évolution importante du métier, la question porte sur l'évolution de la nouvelle fonction en une spécialité déclinable dans d'autres domaines cliniques. Selon son promoteur, le suivi proposé par l'infirmière en hépatite C pourrait être étendu à d'autres maladies chroniques comme la maladie de Crohn ou à d'autres domaines tels que la cardiologie, l'insuffisance respiratoire chronique, le diabète ou le soin palliatif. Il en va de même pour le promoteur de

l'expérimentation en pathologie prostatique, lequel propose de réfléchir à une fonction d'assistant en pathologie, reposant sur un socle de compétences associant une approche experte dans un domaine pathologique et une approche généraliste sur le rôle d'assistant.

Cette conception d'une fonction suffisamment généraliste, pour offrir des perspectives d'évolutions professionnelles entre différents domaines cliniques, répondrait à une préoccupation d'hyperspécialisation évoquée dans certains entretiens (assistants en pathologie prostatique, infirmières en oncologie).

Cette question d'un arbitrage nécessaire entre polyvalence et expertise se pose au niveau local en termes de gestion des ressources humaines²⁰, mais plus globalement, elle doit être investie par les organisations professionnelles compétentes.

Assumer deux évolutions majeures : modifier le cadre du prescrit et modifier son rapport au patient

Concernant l'évolution du droit à la prescription, certaines expérimentations mettent en place la prescription de médicaments ou d'examens, ou la proposition d'adaptation de traitements et de prescriptions par des infirmières expertes. On observe que ce point fait débat : certaines s'autorisent parfaitement cette évolution de rôle, dès lors qu'elles l'exercent sous la responsabilité du médecin, et dans une bonne compréhension mutuelle de la répartition des rôles et des domaines de compétences ; d'autres sont a contrario plus mal à l'aise, notamment avec le déplacement qu'elles ont à opérer vers une pratique et une responsabilité d'ordre médical.

Il peut être compliqué pour un professionnel de santé non-médecin de devenir prescripteur, alors que son rôle initial est de veiller à la cohérence des prescriptions qui lui sont transmises. C'est alors lui qui prescrit et le médecin qui valide, les positionnements sont inversés.

Cette sortie du cadre prescrit, avec les responsabilités qui sont afférentes à ce changement de positionnement vis-à-vis des médecins, peut s'accompagner d'un risque d'épuisement.

19. Activités de suivi du patient avec réalisation d'actes précis, interprétation de résultats, adaptation de traitements et prescription de médicaments ou d'examens, activités d'informations, d'éducation et d'accompagnement du patient dans le vécu de sa maladie et de son traitement, activités d'ajustement ou de régulation avec le médecin relatives au traitement thérapeutique, au comportement du patient, à l'observance des traitements, et les activités d'information ou de coordination des différents professionnels intervenants.

20. L'hyperspécialisation peut générer des rigidités organisationnelles, comme dans le cas de Lille où une seule infirmière effectue les actes et que les examens ne sont pas réalisés pendant les périodes d'absence de l'infirmière.

Concernant le rapport au patient, il peut être radicalement modifié dans les nouvelles fonctions. Par exemple, les entretiens ont permis de mettre en évidence l'existence d'une compétence spécifique liée à l'objet « consultation », englobant la gestion de la relation particulière au patient, un contenu précis, mais également la gestion du temps. Le temps d'écoute en particulier peut devenir extrêmement chronophage si la consultation n'est pas encadrée et que le soignant ne sait pas « dire non » au patient (cité à Montélimar).

La réalisation d'actes techniques à visée diagnostique correspond également à un nouveau rapport au patient pour les MER qui, derrière leurs écrans de radiologie, de scanner ou d'IRM, avaient moins de contact avec le patient.

1.2 Mettre à profit les dispositifs d'évaluation existants

Dans un fonctionnement en routine, l'évaluation porte sur les connaissances et sur l'analyse des pratiques professionnelles en tenant compte des conditions d'exercice.

Les expérimentations de dialyse en centre et d'ASA-LEE ont inscrit leur pratique dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Le dispositif du développement professionnel continu²¹ (DPC), complété par une démarche locale de gestion de projet reposant sur des moments d'échanges sur l'organisation en place, apparaît adapté pour identifier les dysfonctionnements potentiels.

Il est indispensable que les projets proposant de nouvelles formes de coopération avec la réalisation de pratiques dérogatoires s'inscrivent dans une démarche qualité. Deux approches complémentaires sont recommandées.

Premièrement, l'évaluation en routine des pratiques professionnelles et collectives suppose la mise en place d'un temps de réflexion collectif et régulier sur le nouveau rôle de supervision des médecins et sur les nouvelles pratiques expertes paramédicales.

Deuxièmement, l'évaluation des pratiques professionnelles peut être intégrée dans les dispositifs de DPC ou de certification.

2. Adapter l'évaluation des résultats au projet

L'élaboration d'un protocole d'évaluation est un moment difficile de la mise en œuvre concrète des coopérations, car ce vocable générique « d'évaluation » cache une véritable complexité. Il existe une multitude d'évaluations : intervenant à des moments différents de la vie du projet, répondant à des objectifs différents et mobilisant des méthodologies différentes.

Les 11 projets mis en place suite à l'arrêté de 2006 ont fait l'objet d'une double évaluation quantitative et qualitative, lourde, mais nécessaire en raison de leur caractère expérimental.

Les futurs projets vont devoir s'inscrire dans un mécanisme de légitimation de la nouvelle pratique.

L'article 51 de la loi HPST prévoit que « Les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la Santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de Santé ».

Au-delà de cette exigence législative, la mise en place d'une démarche d'évaluation est un moyen qui peut être investi par le promoteur, pour faire évoluer son projet vers une plus grande qualité.

Trois dimensions ont été distinguées pour évaluer les projets expérimentaux : la faisabilité et l'acceptabilité de la nouvelle pratique auprès des professionnels et des patients ; le niveau de sécurité et de qualité des soins ; l'organisation de la prise en charge.

21. Selon l'article 59 de la loi HPST, le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Concernant la faisabilité et l'acceptabilité de la nouvelle pratique par les professionnels de santé, les temps d'échange évoqués précédemment peuvent être mis à contribution, dès lors qu'ils sont formalisés avec la rédaction de compte-rendus qui pourront être analysés après une certaine période. Ces réunions doivent pour cela permettre aux professionnels de santé de s'exprimer sur la satisfaction et l'intérêt qu'ils ont à accomplir leurs nouvelles compétences, sur leur ressenti concernant l'évolution de leurs rapports avec les autres professionnels, leurs difficultés (stress, inquiétude, etc.), leur autonomie et sur la cohérence de leur pratique, leurs souhaits (évolution de l'organisation, formation), etc.

Pour recueillir l'avis des patients, les expérimentations ont distribué un questionnaire de satisfaction. Compte tenu de la démarche expérimentale, le questionnaire portait principalement sur la perception de l'intervention des professionnels experts (Annexe 4). Le questionnaire comportait des questions sur la perception de la qualité des soins et sur la

compréhension de l'information prodiguée. La pertinence des questionnements est évidemment à voir au cas par cas.

Dans la mesure du possible, les projets expérimentaux ont appliqué des méthodes expérimentales comparatives reposant sur une double consultation ou un double examen réalisés par le médecin d'une part, et par le professionnel expert d'autre part. Cela représente une charge de travail importante (double activité, recueil de données, analyse statistique). Une évaluation fondée sur des méthodes d'observation des pratiques (recueil et analyse des accidents/incidents) peuvent s'avérer suffisantes dans le cas de la transposition d'une pratique existante, mais aussi pour des pratiques avec un niveau de risque théorique en termes de perte de chance pour les patients faible.

Dans certains cas, il peut être nécessaire que le protocole d'évaluation dépasse le cadre clinique pour explorer les dimensions organisationnelles et économiques, en fonction des enjeux attachés à la nouvelle pratique.

Une évaluation est toujours coûteuse (en temps et en argent), et il est important qu'elle soit correctement dimensionnée par rapport au projet (cohérence entre les objectifs du projet et les objectifs de l'évaluation, entre les risques potentiels et le niveau de preuve exigé).

Il est recommandé que l'évaluation explore la faisabilité et l'acceptabilité de la nouvelle pratique auprès des professionnels et des patients, ainsi que le niveau de sécurité et de qualité des soins. Dans certains cas, l'évaluation des dimensions organisationnelles et économiques peut être nécessaire.

La nature de l'évaluation à mener doit être posée - et résolue - dès l'origine du projet, afin que les éléments nécessaires à sa réalisation soient recueillis et disponibles.

Conclusion

L'intégration des nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante nécessite :

- **une démarche de gestion de projet**, reposant sur l'anticipation des freins, en particulier liés aux identités professionnelles, sur l'échange et la communication, sur le questionnement de l'organisation en place et sur un management actif ;
- **une formalisation rigoureuse**, assurant la cohérence entre les objectifs du projet et les moyens nécessaires pour le réaliser, en termes de ressources humaines, techniques ou procédurales ;
- **des acteurs motivés et formés** selon une approche associant formation pratique par compagnonnage et formation théorique ;
- **une gestion des risques a priori** par des protocoles, des *check-lists* ou tout autre outil formalisé et collectif de la prise en charge.

L'organisation des coopérations entre le médecin et un autre professionnel de santé implique :

- un **environnement favorable** : degré de reconnaissance dans le fonctionnement

général de la structure, stabilité des équipes, moyens techniques et humains disponibles, organisation géographique et temporelle ;

- un besoin accru de **coordination**, dont il faudra préciser localement les missions et les moyens ;
- la **circulation et le partage de l'information** à plusieurs niveaux : communication interne sur le projet dans l'unité concernée mais également dans la structure générale ; circulation des informations sur le patient et sa prise en charge ; information du patient.

L'un des enjeux des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé est l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Il est donc logique que la gestion de tels projets intègre la problématique de la démarche qualité, au travers d'un questionnement sur les pratiques professionnelles et collectives en place, et au travers d'une évaluation de l'impact de la réorganisation, adaptée à la dimension et aux objectifs du projet.

En savoir plus

Berland Y, Gasseron T. « Démographie des professions de santé ». Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2002. www.ladocumentationfrancaise.fr

Berland Y, « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », ONDPS 2003. www.sante.gouv.fr/ondps

Berland Y., Bourgueil Y. « Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé », juin 2006. www.sante.gouv.fr/ondps

HAS. « Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ». Avril 2008. www.has-sante.fr

CNEH. « Réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé ». Février 2008. www.has-sante.fr

HAS. « Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade ». Juin 2008. www.has-sante.fr

Annexes

Annexe 1. Description des 11 expérimentations

Intitulé	Coopération expérimentée
Expérimentations d'actes à visée diagnostique	
Réalisation de certaines indications d'exploration par échographie par un manipulateur en électroradiologie	<p>Le manipulateur réalise l'examen et présente les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • échographie transcutanée de la glande thyroïdienne pour exploration • échographie abdominale pour bilan d'extension ou surveillance d'une tumeur primitive ou d'une pathologie connue • échodoppler artériel des artères iliaques et des artères des membres inférieurs • échodoppler des veines iliaques et des veines des membres inférieurs sans marquage cutané • échodoppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes <p>Le radiologue établit le diagnostic</p>
Réalisation des explorations fonctionnelles digestives par un IDE	<p>Le gastro-entérologue valide l'indication et choisit la sonde</p> <p>L'infirmière prépare et réalise l'examen</p> <ul style="list-style-type: none"> • pHmétrie ambulatoire des 24 h • manométrie œsophagienne • manométrie ano-rectale <p>Le médecin interprète les tracés et pose le diagnostic</p>
Réalisation d'une partie de l'écho-cardiographie par un professionnel paramédical, selon un protocole d'acquisition standardisé	<p>Partie de l'examen réalisée par le professionnel paramédical :</p> <ul style="list-style-type: none"> • coupes cardiaques (parasternale grand-axe, parasternale petit-axe, apicale 4, 3 et 2 cavités) • paramètres quantitatifs (diamètre ventriculaire gauche, épaisseur des parois, flux aortique en doppler pulsé) <p>Présentation des résultats au cardiologue</p> <p>Le cardiologue complète l'examen et établit le diagnostic</p>
Expérimentations de pratiques à visée thérapeutique	
Rôle de l'IDE dans la chimiothérapie à l'hôpital de jour d'oncologie médicale	<p>L'oncologue réalise la 1^{re} séance de chimio</p> <p>L'infirmière assure intégralement le suivi de la chimiothérapie, avec le recours à l'oncologue si besoin</p> <p>L'infirmière réalise le bilan de fin de chimiothérapie</p>
Le suivi de la dialyse en centre par une IDE	<p>Intervention de l'infirmière lors des séances de dialyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • évaluation de la situation clinique et diagnostic de situation • vérification des critères biologiques • prescription des examens complémentaires dans le cadre d'un protocole • information sur la pathologie et le traitement • tenue du carnet vaccinal, prescription et vaccination selon protocole • suivi de l'observance médicamenteuse et renouvellement de prescription sur protocole
IDE référente en neuro-oncologie	<p>Consultation de suivi infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • évaluation de la situation clinique et bilan de situation (interrogatoire et examen clinique neurologique) • vérification et prescription des actes biologiques et d'imagerie médicale • prescription et adaptation des traitements par corticoïdes et antiépileptiques, et des traitements non spécifiques avec validation médicale • information médicale du malade et de sa famille <p>Coordination des professionnels intervenant à domicile</p>

Annexe 1. Description des 11 expérimentations (suite)

Intitulé	Coopération expérimentée
Expérimentations d'actes à visée diagnostique (suite)	
Rôle d'une assistante en pathologie prostatique	Urologue réalise la première consultation et définit le protocole médical Consultation infirmière de suivi (hors situation d'urgence ou de diagnostic) : <ul style="list-style-type: none"> évaluation de la situation clinique et bilan de la situation (interrogatoire et examen clinique urologique) prescription et interprétation des examens biologiques et d'imagerie médicale réalisation et interprétation d'examens fonctionnels urologiques (débitmétrie urinaire, échographie abdominale sus-pubienne) réalisation de gestes médicaux (injection intracaverneuse, pose de cathéter vésical, dilatation rétro-méatique) adaptation du traitement médicamenteux dans le cadre du protocole avec validation médicale information médicale du malade et de sa famille rédaction du compte-rendu à l'adresse du malade et de son médecin traitant, validé par le médecin
IDE clinicienne en hépato-gastro-entérologie pour le suivi de patients atteints d'hépatite ChC	Le médecin annonce le diagnostic et définit le traitement Consultations infirmières : <ul style="list-style-type: none"> consultation préthérapeutique (information, évaluation clinique, diagnostic éducatif) 3 consultations de suivi sur le 1er mois Suivi personnalisé en fonction des besoins identifiés
Expérimentations d'interventions ciblées (prévention et dépistage)	
Rôle de l'infirmière de santé publique en médecine générale « ASALEE »	Consultation par l'infirmière au cabinet médical : prévention, éducation à la santé et thérapeutique du patient
Réalisation de l'entretien pré-don par un professionnel infirmier	Réalisation de l'entretien pré-don
Prise en charge diététique des malades du diabète de type 2 par un diététicien	Consultations par le diététicien : <ul style="list-style-type: none"> évaluation de la situation diététique adaptation de la prescription médicale initiale

Annexe 2. Liste des entretiens réalisés

Intitulé	Sites	Nombre d'entretiens et de personnes
Expérimentations d'actes à visée diagnostique		
Réalisation d'échographies par un manipulateur en électroradiologie	CHU de Rouen, Clinique Pasteur de Toulouse, CH de Metz	<ul style="list-style-type: none"> • 26 entretiens • 31 personnes
Réalisation d'explorations fonctionnelles digestives par un IDE	Hôpital Claude-Huriez, Lille	<ul style="list-style-type: none"> • 5 entretiens • 5 personnes
Réalisation d'échocardiographies par un professionnel paramédical	Hôpital Louis-Pradel, Lyon Hôpital « La Timone », Marseille	<ul style="list-style-type: none"> • 21 entretiens • 26 personnes
Expérimentations de pratiques à visée thérapeutique		
Rôle de l'infirmière dans la chimiothérapie à l'hôpital de jour d'oncologie médicale	Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris	<ul style="list-style-type: none"> • 19 entretiens • 18 personnes
Le suivi de la dialyse en centre par une infirmière	Hôpital général, Lisieux	<ul style="list-style-type: none"> • 7 entretiens • 7 personnes
L'infirmière référente en neuro-oncologie	Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris	<ul style="list-style-type: none"> • 17 entretiens • 17 personnes
Rôle d'une assistante en pathologie prostatique	Institut Mutualiste Montsouris, Paris	<ul style="list-style-type: none"> • 11 entretiens • 11 personnes
L'infirmière clinicienne en hépatogastro-entérologie pour le suivi de patients atteints d'hépatite ChC	Hôpital Henri-Mondor, Créteil Montélimar	<ul style="list-style-type: none"> • 21 entretiens • 22 personnes
Expérimentations d'interventions ciblées (prévention et dépistage)		
Rôle de l'infirmière de santé publique en médecine générale « ASALEE »	Département des Deux-Sèvres	<ul style="list-style-type: none"> • entretiens avec les acteurs « historiques » et 13 médecins. • observation de l'activité de 5 infirmières. • Participation à 4 réunions de bureau et 1 réunion d'infirmières
Réalisation de l'entretien pré-don par un professionnel infirmier	EFS Besançon, EFS Nantes EFS Tours	<ul style="list-style-type: none"> • 34 entretiens • 34 personnes
Prise en charge diététique des malades du diabète de type 2 par un diététicien	CHU de Nantes, CHU de Angers, CHD de la Roche-sur-Yon CHD de Châteaubriant	<ul style="list-style-type: none"> • 17 entretiens • 17 personnes

Annexe 3. Résultats synthétiques de l'évaluation des expérimentations

L'évaluation des dix expérimentations de la deuxième vague confirme qu'il a été possible de modifier la répartition des tâches entre médecins et professionnels paramédicaux dans des conditions satisfaisantes de qualité et de sécurité pour les patients.

Évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité

La faisabilité des protocoles de prise en charge est affirmée dans toutes les expérimentations, leur bon fonctionnement dans une organisation existante supposant toutefois le respect de certaines étapes d'intégration. Du point de vue des professionnels de santé, les pratiques développées sont d'autant mieux acceptées qu'ils ont été impliqués dans le projet dès le départ.

Du point de vue des patients, un seul refus de participer à l'expérimentation a été enregistré. Les conclusions des enquêtes de satisfaction réalisées dans 8 projets ou des entretiens auprès de patients ou d'associations de patients pour l'expérimentation menée par l'Établissement français du sang indiquent une forte acceptabilité des nouvelles formes de coopération, avec toutefois une tendance indiquant un niveau de confiance supérieur dans les projets portant sur des actes techniques.

Qualité des soins appréhendée au travers de la sécurité

Dans quatre expérimentations, l'évaluation visait à tester dans quelle mesure deux professionnels appartenant à des catégories professionnelles différentes (un médecin et un autre professionnel de santé) pouvaient obtenir les mêmes paramètres, informations ou conclusions.

Pour trois de ces expérimentations, l'évaluation met en évidence une forte concordance : l'évaluation de la situation du patient en neuro-oncologie ; la réalisation d'actes d'échographie par un manipulateur en électroradiologie et l'entretien pré-don du sang par un IDE. Dans ce dernier cas, les discordances observées étaient liées le plus souvent à une application plus forte du principe de précaution chez les professionnels paramédicaux.

Concernant la réalisation d'une partie de l'échocardiographie par un professionnel non-médecin, des

écarts peu importants sont observés. Les médecins participant à l'expérimentation sont satisfaits des résultats obtenus. Toutefois, les répercussions de ces écarts en termes de résultats de santé pour le malade n'ont pas été évaluées.

Qualité des soins appréhendée au travers de la qualité du processus

Dans les expérimentations où une phase de routine a été étudiée, les médecins ont estimé la qualité des interventions des autres professionnels de santé, soit en jugeant de la fiabilité des informations recueillies pour poser un diagnostic, soit en jugeant de la pertinence des propositions de traitements ou d'exams complémentaires.

Les informations recueillies sont jugées complètes et satisfaisantes dans plus de 90 % des cas, dans toutes les expérimentations concernées : réalisation d'échographies, d'explorations fonctionnelles digestives et d'échocardiographies, suivi du patient en neuro-oncologie et en pathologie prostatique. Les propositions de prise en charge sont jugées pertinentes à 100 % en neuro-oncologie et à 98 % en pathologie prostatique.

Qualité des soins appréhendée par l'impact pour le patient

Trois expérimentations mettent en place une évaluation fondée sur le suivi des paramètres biologiques ou cliniques des patients.

L'analyse des paramètres biologiques des patients dialysés en centre indique que la plupart des indicateurs de qualité de dialyse se sont améliorés sur les différentes périodes d'étude (expérimentation de Lisieux).

Dans l'expérimentation ASALEE, un impact positif de la participation de l'IDE en santé publique a été mis en évidence. Un nombre plus important de patients avec des valeurs cibles de HbA1c a été observé dans la population suivie par le dispositif ASALEE par rapport à la population témoin.

Par ailleurs, on observe une meilleure conformité de la prise en charge du patient par rapport aux recommandations de bonne pratique (mesures régulières, fond d'œil, ECG).

L'expérimentation relative à une plus grande autonomie des diététiciens dans la prise en charge des patients souffrant de diabète de type 2 ne permet pas d'observer une différence significative entre le groupe de patients suivi par un diététicien et celui suivi par un médecin (expérimentation multicentrique impliquant les CHU de Nantes et d'Angers et les CH de La Roche-sur-Yon et de Châteaubriant). Toutefois, elle est limitée par une durée de suivi courte (3 mois).

Enfin, une quatrième expérimentation, relative au suivi des patients avec une hépatite chronique C, suggère un impact positif du suivi régulier par une infirmière sur l'adhésion des malades aux protocoles de traitement (expérimentation de Montélimar).

Avantage économique lié à la présence d'une personne ressource supplémentaire et à un gain de temps médical

Les évaluations ne permettent pas de porter des conclusions générales sur un éventuel impact économique, mais illustrent, par des exemples, l'opportunité économique des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Elle est liée : d'une part, à la présence d'une personne ressource supplémentaire qui permet de diversifier l'offre de soin ou d'augmenter la file active des patients ; et d'autre part, à la libération du temps du médecin.

Le gain de temps médical est estimé à 15-20 minutes par consultation en neuro-oncologie et pathologie

prostatique, à 10 minutes en échographie et échocardiographie, et vraisemblablement de 15 à 45 minutes pour une exploration fonctionnelle digestive. Une étude spécifique compare l'activité des médecins en situation « standard » et en situation « expérimentale » dans le service d'hémodialyse de Lisieux. Elle met en évidence des activités médicales différentes : les médecins pouvaient assurer plus de consultations et certains actes techniques (pose de cathéter) en situation expérimentale.

Les expérimentations fondées sur une double consultation ou un double examen exploratoire indiquent des durées de réalisation plus élevées pour les autres professionnels de santé que pour les médecins. Par exemple, la durée de consultation en neuro-oncologie était un peu plus du double de celle du médecin (37 minutes et 17 minutes respectivement). Le contenu des consultations n'est vraisemblablement pas le même selon le professionnel qui les réalise.

Une constatation identique peut être faite concernant la réalisation d'actes techniques. Par exemple, les échographies-Doppler étaient de 30 à 60 % plus longues pour un manipulateur, avec l'hypothèse d'un examen plus systématique (avec une visualisation de tous les organes et segments) que celui du médecin, orienté vers l'obtention d'un diagnostic radiologique ciblé. Les écarts en durée peuvent varier selon le site d'expérimentation. Ces écarts sont probablement liés à des protocoles de réalisation des examens différents.

Annexe 4. Formations théoriques dans les expérimentations

Tableau 3. Formations théoriques dans les expérimentations centrées sur une pratique à visée thérapeutique ou de prévention

Intitulé	Formation théorique
Rôle d'une assistante en pathologie prostatique	Formation effectuée par les médecins du service. En théorie, une journée par semaine sur 2 mois
L'IDE référente en neuro-oncologie	Module de neurologie 3e année de médecine (accès mais pas de délivrance de diplôme, durée 3 mois), repris avec les médecins du service Congrès de neuro-oncologie
Le rôle d'une assistante en pathologie prostatique	DU « Assistante en Pathologie Prostatique » Congrès d'Urologie Formation effectuée par les médecins du service
IDE clinicienne en hépato-gastro-entérologie	Formation effectuée par les médecins du service
Infirmière experte en hémodialyse	Formation effectuée par les médecins du service sur 2 mois : 4 séances théoriques de 3 h : <ul style="list-style-type: none"> • abords vasculaires pour hémodialyse : surveillance, tests d'évaluation • prise en charge anémie • prise en charge métabolisme phosphocalcique Plusieurs séances pratiques sur 2 mois : <ul style="list-style-type: none"> • gestes cliniques (suivi de l'artérite, palpation des pouls) • utilisation du dossier informatisé • définir les prescriptions renouvelables sans avis systématique du médecin
Rôle du diététicien dans la prise en charge du diabète	Éducation thérapeutique Formation relative au diabète (pathologie, traitement actualisé, incidence sur l'alimentation) Formation au comportement alimentaire (formation en interne, site d'Angers)
ASALEE	Formation dispensée en IFSI en diabétologie et sur le dépistage des troubles cognitifs

Tableau 4. Formation théorique dans les expérimentations centrées sur la réalisation d'un acte technique à visée de diagnostic

Intitulé	Formation théorique
Réalisation d'échographies par un manipulateur en électroradiologie Rouen Toulouse	Accès au CES de radiologie, DU d'échographie Cours internes Congrès médicaux, journées de radiologie Formation interne
Réalisation des explorations fonctionnelles digestives par un IDE	Formation informelle
Réalisation de l'échocardiographie par un professionnel non-médecin	Formation effectuée par les médecins du service 10 demi-journées par semaine sur 1 mois <ul style="list-style-type: none"> • enregistrement des 2 incidences parasternales et 3 incidences apicales • mesure des diamètres ventriculaires et des épaisseurs pariétales • mesure des flux mitral et aortique

Participants

L'équipe

Ce travail a été réalisé par Fabienne Midy, chef de projet, sous la direction de Catherine Rumeau-Pichon, responsable du service de l'évaluation économique et de la santé publique, HAS.

La maquette a été réalisée par Valérie Combe sous la responsabilité de Frédérique Pagès, responsable du service documentation et information des publics, HAS.



www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax. : +33 (0) 1 55 93 74 00