HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Les pratiques actuelles de coopération : analyse des témoignages des professionnels de santé

Décembre 2007

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

Haute Autorité de santé
Service communication
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

© Haute Autorité de santé - 2008

L'équipe

L'élaboration de la recommandation sur les nouvelles formes de coopéraion a été pilotée et coordonnée par un comité de suivi
présidé par :
Yvon Berland, président de l'ONDPS, et Claude Maffioli, membre du Collège de la HAS,

et composé de :
Yann Bourgueil, Chargé de mission ONDPS
Philippe Michel, HAS, Directeur de l'évaluation des stratégies de santé
Lise Rochaix, membre du Collège de la HAS
François Romaneix, directeur de la HAS
Catherine Rumeau-Pichon, adjointe au directeur de l'évaluation médicale, Economique et de Santé Publique

Les travaux ont été conduits, sous la responsabilité de Catherine Rumeau-Pichon, par une équipe constituée de :
Sandrine Chambaretaud - Mission Prospective et Recherche - HAS
Anne-Line Couillerot - Mission Prospective et Recherche - HAS
Guillermo Jasso-Mosqueda - Service de l'évaluation économique et santé publique - HAS
Fabienne Midy - Service de l'évaluation économique et santé publique - HAS
Clémence Thébaut - Service de l'évaluation économique et santé publique - HAS

Le secrétariat a été assuré par Aurore Tattou - Service de l'évaluation économique et santé publique - HAS

Les recherches documentaires ont été réalisées, sous la responsabilité de Frédérique Pagès, responsable du service documentation, par Emmanuelle Blondet et Julie Mokhbi

Sommaire

L'équipe **3**
Sommaire **4**
Introduction **5**
1 La méthode d'analyse de l'enquête **6**
1.1 Les Limites de l'enquête 6
1.2 Les modalités d'analyse des réponses 8
2 les temoignages sur les experiences informelles **14**
2.1 Le profil des acteurs impliqués dans les coopérations 14
2.2 Les lieux des coopérations 16
2.3 Le contexte des coopérations 18
2.4 Les témoignages sur les lieux d'intensification des coopérations informelles 23
3 Les témoignages sur les expériences formelles et les expressions de besoin de coopération **25**
3.1 Les expériences formelles 25
3.2 Les expressions de besoins de coopération 26
4 Les objectifs et les conditions de la mise en place des nouvelles formes de coopération **28**
4.1 Les objectifs et les besoins de l'ensemble des répondants 28
4.2 L'analyse des conditions et des objectifs des coopérations en fonction du type d'expérience 30
Conclusion **32**
Sommaire des tableaux **34**
Table des illustrations **35**
Annexes **36**
1 L'Analyse des correspondances multiples **37**
1.1 ACM sur le caractère, le contexte, les acteurs et les lieux des coopérations 37
1.2 ACM sur le caractère, le contexte, les acteurs, les lieux, les champs et les objets des coopérations 44
2 Les expériences informelles **51**
3 Les expériences formelles **56**
4 Sélection de témoignages portant sur des expériences singulières entre professionnels de santé **57**
5 Les objectifs et les besoins de la mise en place des nouvelles formes de coopération **58**
6 Questionnaire de l'enquête « Appel à expériences sur les nouvelles formes de coopération » **60**

Introduction

Le Ministre de la Santé et des Solidarités, Xavier Bertrand, a confié à la Haute Autorité de Santé la mission d'élaborer une recommandation sur les conditions de mise en place de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé.
L'évolution du partage des tâches constitue un axe de travail central pour l'avenir du système de santé, dans la perspective d'une amélioration de la prise en charge des patients et de l'accès aux soins, ainsi que dans celle d'une valorisation des professions médicales et paramédicales.

La HAS a chargé trois groupes d'expertise de mener une réflexion sur les enjeux économiques des nouvelles formes de coopération, ainsi que sur les conditions de leur mise en place sur le plan juridique, et sur celui de la formation des professionnels de santé impliqués.
Elle s'est également appuyée sur l'évaluation de 11 expérimentations autorisées par les arrêtés de décembre 2004 et mars 2006.

Par ailleurs la HAS s'est intéressée aux pratiques de coopération existantes, non reconnues, entre médecins et paramédicaux, auxquelles faisait déjà référence le Professeur Berland, en octobre 2003, dans son rapport sur la *Coopération entre professions de santé : le transfert de tâches et de compétences.*
Il apparaît nécessaire de tirer enseignement de telles pratiques de terrain, mises en place par les professionnels médicaux et les équipes soignantes, tant en ville qu'à l'hôpital, et de façon plus ou moins formelle.

Afin d'ouvrir un espace à la consultation publique pour recueillir ces expériences de terrain, un questionnaire intitulé « Appel à expériences » a été mis en ligne le 28 mai 2007 sur le site de la HAS. Il a permis de récolter 334 témoignages exploitables[1] concernant les « nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé».

Pour commencer, il convient de souligner que l'expression « nouvelles formes de coopération » a été entendue dans un sens très large, si bien qu'il est ainsi possible de distinguer plusieurs catégories de témoignages, au moyen d'une typologie. Ce classement préalable permet d'appréhender de façon plus pertinente les expériences de coopération relatées par les professionnels, et de souligner l'hétérogénéité des témoignages, notamment en ce qui concerne le caractère légal de l'exercice décrit.
Il est ainsi possible d'isoler plusieurs populations de répondants, en fonction du caractère plus ou moins formel des expériences, c'est-à-dire en fonction du respect ou non de la réglementation.

Dans un premier temps, nous détaillerons la méthode choisie pour analyser les réponses, en présentant les limites de l'enquête et les moyens mis en œuvre pour y remédier.
Il s'agira ensuite d'étudier les principales caractéristiques des expériences informelles, qui représentent un enjeu majeur du fait des risques inhérents à l'inadéquation entre les pratiques quotidiennes et la réglementation.

Nous nous intéresserons également aux expériences formelles et aux expressions de besoins de coopération[2]. Dans ces deux cas de figure, les témoignages nous renseignent sur les objectifs et les conditions nécessaires à l'introduction de nouvelles formes de coopération.
Enfin, il conviendra de présenter les objectifs et les conditions de mise en place des nouvelles modalités de répartition des tâches en fonction du caractère réglementaire ou non des coopérations et du champ d'activité concerné. Cette dernière partie s'appuie sur les témoignages et les souhaits évoqués par les professionnels de santé eux-mêmes.

[1] 7 questionnaires ont été exclus : 3 doublons, 3 questionnaires non remplis et 1 questionnaire hors sujet.
[2] Les questionnaires portant sur des expériences de coordination des acteurs de santé autour du parcours de soins de patient n'ont pas été jugés pertinents, dans la perspective d'une étude sur les nouvelles formes de coopération, puisqu'il n'y a pas, dans cette situation, d'évolution de la répartition des tâches. Ils n'ont donc pas fait l'objet d'une analyse propre.

1 La méthode d'analyse de l'enquête

1.1 Les Limites de l'enquête

1.1.1 Une enquête déclarative auprès de professionnels volontaires

L'objectif de cette étude est de recueillir des témoignages à valeur descriptive et non de constituer un échantillon représentatif de la population des professionnels de santé et d'en analyser les comportements. Le mode de diffusion de l'enquête et le type de recueil de l'information suscite deux principaux biais, liés au caractère volontaire et déclaratif de l'enquête:

- Tout d'abord, le questionnaire est resté seulement accessible sur le portail de la HAS, il n'a pas été envoyé à des professionnels identifiés. Les répondants sont donc des volontaires, qui ont pris l'initiative de participer à cette enquête. On peut supposer qu'ils se sentent concernés par les travaux de la HAS et qu'ils sont davantage intéressés par les politiques de santé que les autres. Par ailleurs, il est probable que le questionnaire ait circulé au travers de réseaux plus ou moins formels, et à ce titre la sur-représentation de certains professionnels pourrait s'expliquer par l'influence des dynamiques syndicales qui ont pu participer à la diffusion du questionnaire.
- Un deuxième biais apparaît dans le recueil des données sous forme de témoignages. Les propos des professionnels n'ont pas été vérifiés sur le terrain, ils sont le reflet des représentations individuelles des nouvelles formes de coopération, plutôt que de pratiques réelles.

1.1.2 Des termes sujets à des interprétations

D'autre part, il convient de remarquer que certains termes utilisés dans le questionnaire ont été interprétés différemment selon les professionnels, ce qui peut générer une certaine ambiguïté dans les réponses. Le titre du questionnaire « nouvelles formes de coopération » et l'intitulé de certaines questions, notamment, semblent avoir été entendu de diverses manières.

► Les ambiguïtés autour de la notion « nouvelles formes de coopération »

Expériences formelles et informelles. Pour certains, la notion « coopération » renvoie à une évolution du partage des tâches entre professionnels de santé. Les coopérations peuvent être plus ou moins formelles, selon qu'elles respectent ou non la réglementation.
Ainsi la coopération entre un opticien et un ophtalmologue, autorisée depuis 2007, n'est pas comparable à d'autres pratiques collaboratives, qui conduisent les professionnels de santé à franchir, dans leur pratique quotidienne, le périmètre légal d'actes autorisés.
Rappelons à ce titre qu'une organisation est dite formelle lorsque qu'elle est autorisée par la réglementation. Elle est informelle dans le cas contraire.
40 témoignages, récoltés grâce à cette enquête, portent sur des expériences formelles, tandis que183 témoignages concernent des expériences informelles.

Expression de besoins. D'autre part, de nombreux répondants ont également utilisé le questionnaire pour nous faire part des difficultés qu'ils rencontrent dans leur travail et solliciter l'attention de la HAS. Ceux-ci souhaitent voir évoluer la réglementation vers de nouvelles formes de coopération. Il ne s'agit donc pas de réelles expériences, mais de l'expression d'un besoin, suscité par la constatation d'une inadéquation entre la réglementation et les pratiques quotidiennes.
48 témoignages ont exprimé des besoins de coopération.

Coordination. Enfin, la notion « coopération » a également été entendu au sens de « coordination ». Certaines réponses témoignent d'expériences de pratiques collaboratives entre acteurs de santé, sans qu'intervienne pour autant une évolution du partage des tâches. C'est le cas notamment des réseaux de santé, qui favorisent le dialogue avec l'ensemble des acteurs autour des patients, pour un meilleur partage de l'information.
Ces questionnaires n'ont pas été intégrés dans l'analyse des résultats, car ils n'ont pas été jugés pertinents, dans la perspective d'une enquête sur les nouvelles formes de coopération.
63 témoignages ont été ainsi considérés comme des expériences de coordination entre professionnels de santé.

L'hétérogénéité de ces formes de coopération conduit à distinguer quatre catégories de réponses : celles qui portent sur des coopérations formelles, sur des coopérations informelles, celles qui témoignent de besoins de coopération, ainsi que les coordinations entre professionnels de santé, sans évolution du partage des tâches.
Chaque questionnaire a été analysé individuellement, afin de déterminer la catégorie à laquelle il appartient.

► Des questions qui portent à confusion

Les principales questions qui portent à confusion concernent l'« objet de la coopération » et en particulier les rubriques suivantes :

Examen clinique. Les infirmiers sont autorisés à pratiquer certains gestes cliniques tels que la mesure du pouls et de la tension, dans la perspective d'une surveillance et du maintien des fonctions vitales par des moyens non invasifs, n'impliquant pas le recours à des médicaments[3]. Certains répondants de profession infirmière ont pu sélectionner cette rubrique, même si les actes qu'ils pratiquent n'outrepassent pas le périmètre des soins autorisés.

Diagnostic de situation et décision sur la suite de la prise en charge. Dans le cadre de son rôle propre[4], l'infirmier a l'obligation, après avoir évalué les besoins du malade, de poser un « diagnostic infirmier » et de prendre l'initiative des soins infirmiers nécessaires[5]. De plus, il appartient au rôle propre de l'infirmier d'être vigilant et d'alerter les médecins lorsque l'état de santé et/ou la douleur du patient le nécessite.
Les notions de « diagnostic de situation » et de « décision sur la suite de la prise en charge » peuvent donc être interprétées différemment. Pour certains, ces tâches relèvent du rôle propre des infirmiers, tandis que pour d'autres, elles sont réservées aux professionnels médicaux.
Certains répondants paramédicaux ont pu sélectionner de telles rubriques, même s'ils ne se voient pas confier de tâches au-delà du périmètre des soins autorisés.

1.1.3 Des questionnaires incomplets

Certains questionnaires étaient incomplets : de nombreux répondants n'ont pas indiqué quels étaient les acteurs de la coopération, ne nous renseignant que sur leur propre profession.
Pour les coopérations incluant un infirmier, un ergothérapeute ou un pharmacien, nous avons considéré qu'elles impliquaient des médecins généralistes et/ou spécialistes, en prenant en compte les indications apportées par les réponses aux questions ouvertes et le lieu d'exercice (en ville ou à l'hôpital).

---

[3] Article R4311-5 (n°35) du Code de la santé publique .
[4] Articles R 4311-1 à R 4311-5 du Code de la santé publique.
[5] La notion de diagnostic infirmier est définie comme *« l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents et potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Ils servent de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte de résultats dont l'infirmier est responsable »*. *La législation, définition du rôle propre de l'infirmier*, Nathalie LELIEVRE, Juriste spécialisée en droit de la santé, http://www.infirmiers.com/doss/role-propre-infirmier.php.

1.2 Les modalités d'analyse des réponses

► La construction d'une typologie

Les limites présentées ci-dessus, et en particulier celles touchant au sens donné au mot « coopération », conduisent à distinguer quatre types de témoignages : coopérations formelles, coopérations informelles, besoins de coopération et coordinations entre professionnels de santé.

De plus, les questionnaires ont aussi été classés en fonction du contexte de la coopération :

- Nouvelle répartition des rôles sur une activité déjà existante (substitution) ;
- Emergence d'une nouvelle prestation avec une répartition innovante des rôles (diversification) ;
- Activités mixtes, portant à la fois sur des actes de substitution et des actes de diversification.

Cette variable a été déterminée en référence à la question « contexte de la coopération », qui est rapportée ci-dessous, et à l'analyse des questions ouvertes[6].

Contexte de la coopération :

☐ Nouvelle répartition des rôles sur une activité déjà existante

☐ Emergence d'une nouvelle prestation avec une répartition innovante des rôles

Tableau 1.Typologie des expériences.

Expérience formelle	*Diversification*
	Substitution
	Substitution et diversification
Expérience informelle	*Diversification*
	Substitution
	Substitution et diversification
Expression de besoins	*Diversification*
	Substitution
	Substitution et diversification
Coordination	-
	-
	-

Les questionnaires ont été classés, selon cette typologie, au moyen d'une lecture individualisée et de la prise en compte des réponses aux questions ouvertes.
Il convient de souligner qu'en raison de l'ambivalence de certaines réponses et de la réalité de la pratique médicale, la frontière entre les coopérations informelles et formelles est ténue. Il peut exister une certaine continuité entre des pratiques plus ou moins autorisées.

Le choix de classer les témoignages selon cette typologie paraît justifié, dans la mesure où cela nous permet d'appréhender, de façon globale, toute l'information contenue dans le questionnaire : le contexte, le champ et les objets de la coopération, ainsi que les réponses aux questions ouvertes.
La pertinence de ce choix est confirmée, de surcroît, par l'analyse factorielle, présentée en Annexe 1. (p.31), grâce à laquelle trois groupes bien distincts ont pu être mis en évidence.

[6] Ce qui implique une part de subjectivité dans leur répartition.

Les expériences informelles s'opposent en effet aux expériences formelles, et toutes deux se distinguent des expressions de besoins et des coordinations.

1.2.1 L'identification des mots clés

Après une lecture systématique de chaque questionnaire, les thèmes les plus fréquents ont été extraits et une liste de mots clés a été déterminée. Cette démarche a permis de transformer les questions ouvertes en questions à réponses multiples.

Les réponses aux questions ouvertes qui ont été traitées sont les suivantes :

- « La généralisation de cette nouvelle façon de travailler demande une modification, préciser » ;
- « Merci de compléter avec toute autre précision qui vous semble pertinente ».

Notons que les commentaires les plus fréquents rejoignent les enjeux soulevés par les groupes d'expertises. A partir de ces commentaires, des mots clés ont été définis et ils peuvent, en effet, être répartis en trois catégories : les enjeux économiques et les conditions nécessaires en termes de réglementation et de formation.
Au sein de ces trois catégories, nous pouvons également distinguer deux thèmes différents : ceux qui témoignent des objectifs de ces nouvelles formes de coopération et ceux qui expriment les besoins qui en résultent.

Tableau 2. Liste des mots clés.

	Objectifs des coopérations	Besoins des coopérations
Réglementation		évolution de la réglementation
		définition de la responsabilité
		encadrement plus stricte/sanction
		nécessité code de bonne conduite, déontologie
Économie	réponse graduée	reconnaissance
	efficience de la prise en charge	protocole
	rationaliser les moyens	rémunération
	pénurie/démographie médicale	nécessité de cotation
	réponse rapide	
	libération du temps médical	
	bénéfice du patient	
Formation		qualification/formation (initiale et continue)
		extension des tâches

1.2.2 La description des données

L'enquête « Appel à expériences sur les nouvelles formes de coopération » a permis de récolter 40 expériences formelles, 183 expériences informelles, 48 expressions de besoins et 63 témoignages de coordination (Cf. Tableau 3).
Le nombre de témoignages, portant sur des coopérations informelles, prouve que l'intérêt de l'enquête est justifié. Il apparaît nécessaire de faire évoluer la réglementation, afin qu'elle s'aligne sur les pratiques réelles des professionnels de santé.

Par ailleurs, les taux de réponses nominatives sont relativement élevés : le taux global est de 69%, soit 231 témoignages. Notons par exemple que 69% des professionnels, ayant fait part d'une expérience informelle de coopération, ont indiqué leurs coordonnées (Cf. Tableau 3).
L'importance de ce taux doit être soulignée, si l'on tient compte du fait que leurs pratiques ne sont pas conformes à la réglementation. Les frontières entre les coopérations réglementaires et non réglementaires sont minces. On peut donc supposer que les pratiques de terrain conduisent certains professionnels de santé à les franchir, sans pour autant avoir le sentiment d'exercer dans « l'illégalité », ce qui expliquerait pourquoi ils sont nombreux à n'avoir pas choisi de rester dans l'anonymat.

Notons enfin que les questionnaires, qui ont été remplis par des professionnels médicaux, sont sensiblement moins nombreux que ceux qui l'ont été par d'autres professionnels de santé. Cette différence est nettement plus marquée pour les expériences informelles : 23% des professionnels médicaux ont pris l'initiative de répondre à l'enquête contre 68% pour les autres professionnels de santé[7] (Cf. Tableau 3).
La mobilisation des autres professions témoigne de l'intérêt porté aux nouvelles formes de coopération, souvent considérées comme une valorisation de leurs compétences.

Tableau 3. Répartition des expériences selon leur caractère.

	Expériences formelles	Expériences informelles	Expressions de besoins de coopération	Coordinations entre professionnels
Nombre de répondants	40	183	48	63
% de réponses nominatives	60%	69%	71%	73%
% de médicaux ayant répondu	35%	23%	31%	34%
% d'autres professions ayant répondu	55%	68%	67%	55%

Les témoignages sur les expériences formelles et informelles portent principalement sur des activités de substitution (Cf. Tableau 4). La répartition des témoignages exprimant un besoin de coopération est, quant à elle, davantage dispersée.

[7] Les autres répondants sont des équipes de professionnels.

Tableau 4. Répartition des expériences selon leur caractère et le contexte (en %)

	Expériences formelles	Expériences informelles	Expression de besoins de coopération	Coordination entre professionnels
Diversification	0	12	21	75
Substitution	**95**	**60**	45	0
Substitution/ Diversification	5	28	33	25

Le tableau ci-dessous permet d'analyser la répartition des expériences selon le caractère et le contexte lorsque les professionnels ont donné leurs coordonnées.
Le caractère nominatif des témoignages modifie très légèrement la répartition des expériences. Les expériences informelles et formelles relèvent toujours majoritairement d'une logique de substitution.
Il apparaît ainsi pertinent d'analyser les questionnaires dans leur ensemble, qu'ils soient nominatifs ou non.

Tableau 5. Répartition des expériences selon leur caractère et le contexte pour les réponses nominatives (en %).

	Expériences formelles	Expériences informelles	Expression de besoins de coopération	Coordination entre professionnels
Diversification	0	13	23	75
Substitution	**92**	**59**	45	0
Substitution/ Diversification	8	28	32	25

Les bassins d'activité, des répondants à notre enquête, sont majoritairement situés en zone urbaine, quelle que soit la catégorie des questionnaires (Cf. Tableau 6).

Tableau 6. Répartition des expériences selon le bassin d'activité (en %).

	Expériences formelles	Expériences informelles	Expression de besoins de coopération	Coordination entre professionnels
Péri-urbain	11	16	9	14
Urbain	**71**	**50**	**57**	**62**
Rural	3	17	9	3
Semi-rural	16	16	26	21

Enfin, les activités mises en œuvre dans les coopérations informelles ont lieu le plus souvent à l'hôpital. Quant aux expériences formelles, elles se développent, dans 58% des cas, dans un magasin d'optique[8] (Cf. Tableau 7).

Tableau 7. Répartition des expériences selon le lieu (en %)

	Expériences formelles	Expériences informelles	Expression de besoins de coopération	Coordination entre professionnels
Cabinet médical de ville en exercice de groupe	17	3	8	7
Cabinet médical de ville en exercice individuel	12	4	32	24
Cabinet paramédical	0	15	21	7
Centre et association	8	15	15	15
Magasin d'optique	**46**	0	0	0
Pharmacie	0	5	3	0
Réseau	0	4	0	9
Structure hospitalière	13	**47**	21	36
Structure pré hospitalière	4	7	0	2

La répartition des expériences selon le lieu a également été analysée en ne prenant en compte que les réponses nominatives. Elle reste relativement proche de la répartition des questionnaires dans leur ensemble.

[8] Nous verrons par la suite que l'importance des coopérations formelles dans les magasins d'optique s'explique par le poids des témoignages des ophtalmologues, opticiens et orthoptistes.

Tableau 8. Répartition des expériences selon le lieu pour les réponses nominatives (en %).

	Expériences formelles	Expériences informelles	Expression de besoins de coopération	Coordination entre professionnels
Cabinet médical de ville en exercice de groupe	13	5	6	6
Cabinet médical de ville en exercice individuel	10	3	25	23
Cabinet paramédical	3	13	21	5
Centre et association	5	18	15	18
Magasin d'optique	**58**	0	0	
Pharmacie	0	6	2	0
Réseau	0	3	2	11
Structure hospitalière	10	**48**	29	35
Structure pré hospitalière	3	5	0	2

2 les temoignages sur les experiences informelles

Les nouvelles formes de coopération présentées dans la catégorie « expériences informelles » impliquent une redéfinition des rôles, entre les professions médicales et d'autres professions, dans la prise en charge des patients, en dehors de leur cadre légal d'exercice. 183 questionnaires ont été récoltés sur des expériences informelles de coopération.

2.1 Le profil des acteurs impliqués dans les coopérations

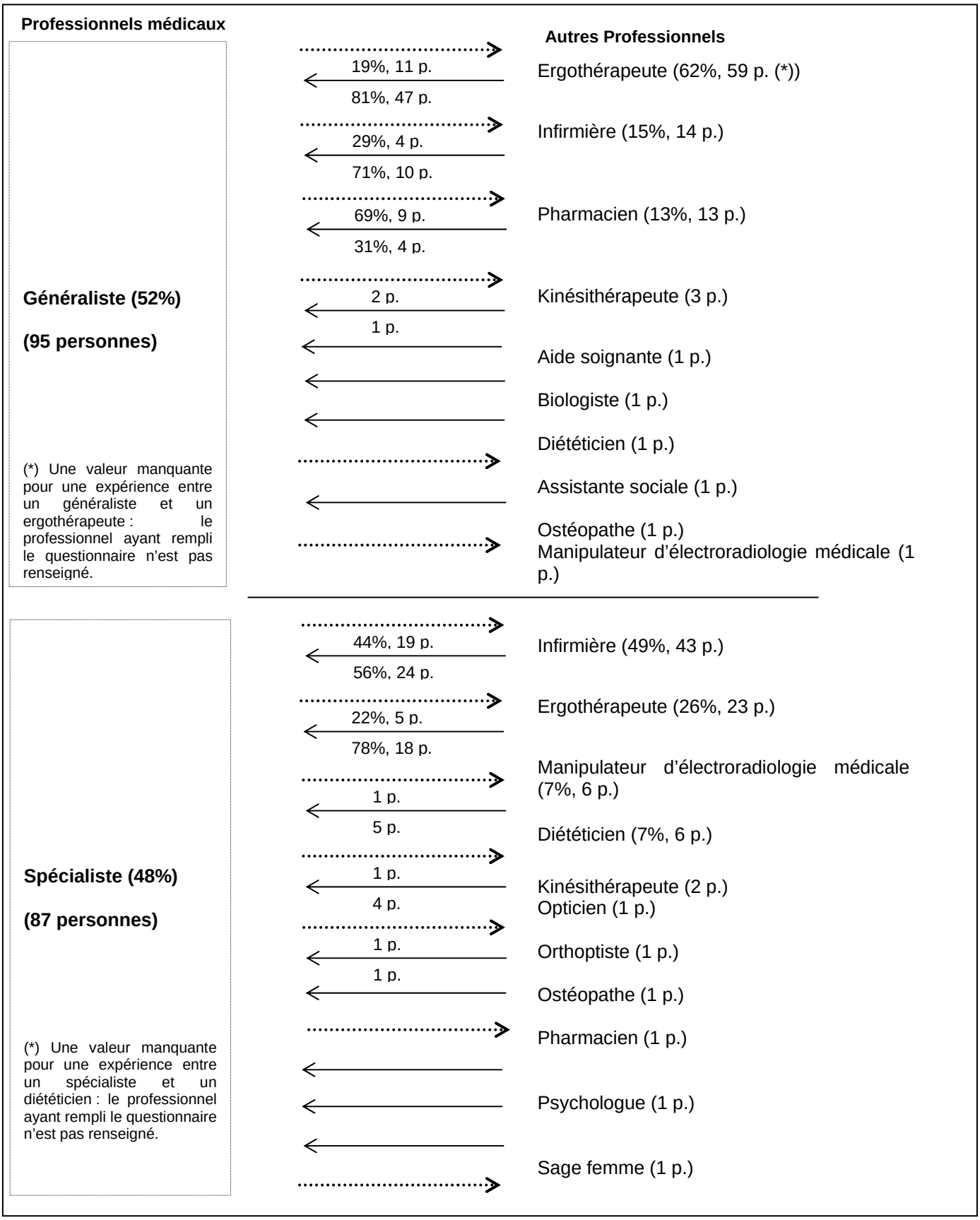
Les professions médicales impliquées. La participation des généralistes dans les nouvelles formes de coopération est légèrement supérieure à celle des spécialistes : 52% des médecins sont des généralistes, soit un effectif de 95 individus, tandis que 48% sont des spécialistes, soit 87 individus.
Seulement un témoignage porte sur une coopération impliquant un dentiste.
Parmi les 87 médecins spécialistes, 34 ont précisé leur spécialité : médecine d'urgence (6 personnes), ophtalmologie (4 personnes), psychiatrie (4 personnes), anesthésie (4 personnes), gériatrie (3 personnes)… (Cf. Figure 1).

Les autres professions. Dans l'ensemble des autres professionnels de santé impliqués dans les coopérations on compte : 82 ergothérapeutes[9], 58 infirmières 14 pharmaciens, 7 diététiciens, 7 manipulateurs d'électroradiologie médicale, 5 kinésithérapeute etc. (Cf. Figure 1).

Les chemins de coopération décrits dans ces témoignages. D'après les questionnaires, les médecins généralistes coopèrent majoritairement avec des ergothérapeutes (62%), puis avec des infirmières (15%) ou des pharmaciens (13%).
Il convient cependant de souligner que ce sont principalement les ergothérapeutes qui témoignent sur les expériences informelles de coopération avec un médecin généraliste (Cf. Figure 1).
Les spécialistes, quant à eux, coopèrent le plus souvent avec des infirmières (49%), puis avec des ergothérapeutes (26%), des manipulateurs d'électroradiologie médicale (7%) et des diététiciens (7%) (Cf. Figure 1).

[9] Les ergothérapeutes sont les professionnels les plus nombreux (45%), ce qui aura des conséquences sur l'ensemble des résultats.

Figure 1. Les chemins des coopérations informelles dans l'enquête "Appel à témoignages sur les nouvelles formes de coopération".



Lecture de la Figure 1 : 62% (59 personnes) des coopérations impliquant un généraliste concernent un ergothérapeute. 81% de ces expériences sont rapportées par des ergothérapeutes, c'est-à-dire que ce sont eux qui ont rempli le questionnaire et fait part de ces coopérations. Seulement 19% des expériences sont rapportées par des médecins eux-mêmes.

La flèche indique le sens du chemin de la coopération, en fonction de la profession du répondant :

⇢ *:* Le professionnel médical témoigne d'une expérience de coopération avec un autre professionnel.

← *: Le professionnel non médical témoigne d'une expérience de coopération avec un professionnel médical.*

Dans le cadre des témoignages impliquant des médecins spécialistes, il est possible de déterminer plus précisément le chemin de coopération en fonction des différentes spécialités, lorsqu'elles ont été renseignées (Cf. Annexe 2 - Tableau 24 - page 51). Il existe en particulier des coopérations innovantes comme entre l'ORL et la sage-femme et d'autres plus attendus telles que des coopérations entre anesthésistes et IADE ou encore entre urgentiste et infirmière. D'autres expériences atypiques s'insérant dans un contexte particulier sont précisées en Annexe 4 (page 57).

Nombre de personnes impliquées dans les expériences de coopération**.** Les expériences informelles de coopération impliquent un seul médecin dans 61% des cas, deux médecins dans 38%[10] des cas et trois médecins dans un seul cas.
Par ailleurs, les tâches déléguées sont majoritairement réalisées par une seule catégorie de professionnels non médicaux (91%). 7% des expériences de coopération impliquent deux catégories de délégataires et 2% en impliquent trois.
A titre d'exemple, il peut s'agir d'une équipe de professionnels regroupant un généraliste, un ergothérapeute et un kinésithérapeute, ou bien, dans le cas d'un service de maternité, un ORL, une sage-femme et une puéricultrice, ou encore dans un service psychiatrique, un psychiatre, un psychologue et une infirmière (Cf. Tableau 24 page 51).

2.2 Les lieux des coopérations

Hôpital. A travers l'ensemble des témoignages, l'hôpital semble être un lieu privilégié de développement des coopérations informelles entre professionnels de santé. En effet, dans 48% des cas, la coopération est mise en place dans une structure hospitalière (Cf. Tableau 9).
Ce constat coïncide avec les conclusions de Mihaï Dinu Gheorghiu et de Frédéric Moatty sur la *Coopération et délégation du travail en milieu hospitalier*[11]*.* Ils se fondent sur une enquête nationale réalisée en 2003, par la DREES, sur les conditions et l'organisation du travail auprès des professionnels des établissements de santé[12].
Selon cette étude, il existe une intensification des différentes formes de coopération dans certaines équipes médicales et de soins, tels que les équipes de bloc opératoire, les hôpitaux psychiatriques, les services de gériatrie, les centres de dialyse, les urgences et les centres de récupération des handicaps moteurs.

[10] Il s'agit majoritairement d'une coopération impliquant un généraliste et un spécialiste.
[11] Le travail de de Mihaï Dinu Gheorghiu et Frédéric Moatty constitue une contribution au groupe de travail économique de la HAS.
[12] Cette post-enquête, menée à partir de 40 entretiens semi-directifs, visait à valider et à approfondir les réponses obtenues par questionnaire aux questions relatives aux relations de coopération et d'entraide au travail (Gheorghiu, Moatty, 2005).

Réseaux. En outre, d'après les témoignages reçus, les réseaux ne semblent pas constituer un lieu privilégié d'expériences informelles de coopération : ils représentent seulement 3% des témoignages, soit 5 expériences. Si les réseaux de santé sont l'occasion de redistribuer les activités et de développer les compétences des différents acteurs, ils ne conduisent pas nécessairement à une modification des frontières professionnelles[13] (Cf. Tableau 9).

Centres et associations. Les expériences de coopération dans les centres et associations sont relativement nombreuses, puisqu'elles concernent 18% des témoignages (Cf. Tableau 9). Il s'agit, pour la plupart, de centres de rééducation pour les personnes handicapées ou de structures d'accueil des personnes âgées.
Il a été également fait référence à des structures régionales et départementales (ex : centre de planification), des espaces d'accueil pour la médecine du travail ou scolaire et des centres plus spécialisés (ex : accueil de jour pour mal Alzheimer).
Ces centres et associations sont propices au développement d'une prise en charge pluridisciplinaire, ce qui peut faciliter la mise en place de coopérations informelles.

Tableau 9. Répartition des témoignages de coopération selon le lieu.

Lieu de la coopération	Effectif	Pourcentage
Structure hospitalière	85	48
Centre et association	31	18
Cabinet paramédical	22	13
Pharmacie	10	6
Structure pré hospitalière	9	5
Cabinet médical de ville en exercice de groupe	8	5
Cabinet médical de ville en exercice individuel	6	3
Réseau	5	3
Total	176	100

Les bassins d'activité dans lesquels ont lieu ces coopérations.

50% des témoignages sur les expériences inf0ormelles portent sur des coopérations en zones urbaines. Les zones périurbaines, rurales et semi-rurales sont ensuite représentées de façon équivalente, soit environ 16% pour chacune d'entre elles (Cf. Tableau 25 page 52).

Précisons à ce sujet que leur répartition géographique est relativement homogène. La région Ile-de-France est la plus représentée (28 expériences), puis vient la région Rhône-Alpes (15 expériences) et le Pays de la Loire (15 expériences), (Cf. Tableau 26 - page 53).

[13] Les coopérations entre professionnels de santé au sein des réseaux portent rarement sur des activités de substitution ou de diversification, elles répondent davantage à une logique de *« enhancement »*, comme l'évoque Yann Bourgueil dans son travail sur les *Enseignements de la politique des réseaux et des maisons pluridisciplinaires de santé*. Ce travail constitue une contribution au groupe de travail économique de la HAS. L'*« enhancement »* est ici conçu comme une amélioration des compétences à travers une augmentation des expertises professionnelles, sans transgression du périmètre des soins autorisés.
On comprend dès lors pourquoi les réseaux sont peu représentés dans la catégorie des expériences informelles de coopération.

Les acteurs de la coopération en fonction des lieux. Précisons que, dans l'enquête, les coopérations mises en place dans des structures hospitalières mettent principalement en relation des médecins avec des ergothérapeutes (46%) ou avec des infirmières (36%).
De même, 74% des coopérations dans les centres et associations concernent des ergothérapeutes, leur rôle est également prépondérant dans les cabinets paramédicaux (59%).
S'agissant des infirmières, leur implication dans les coopérations est équivalente à l'hôpital (36%), dans les cabinets paramédicaux (32%) et les cabinets de ville en exercice de groupe (38%) (Cf. Tableau 27 - page 54).

La sur-représentation des ergothérapeutes dans les centres et associations peut s'expliquer en partie par l'intensification des coopérations dans les centres de récupération des handicaps moteurs, comme l'indiquait déjà l'enquête réalisée par la DREES.

Lorsque les ergothérapeutes sont extraits de l'échantillon, la répartition des expériences de coopération, selon le lieu, change quelque peu.
La structure hospitalière reste toujours le lieu privilégié des expériences informelles, tandis que les centres et les associations perdent de leur importance (Cf. Tableau 10).
Les infirmières deviennent les premières interlocutrices, à la fois à l'hôpital, dans les centres et associations et dans les cabinets paramédicaux.

Tableau 10. Répartition des témoignages de coopération (sans les ergothérapeutes) selon le lieu.

Lieu de la coopération	Effectif	Pourcentage
Structure hospitalière	46	**47**
Pharmacie	10	11
Cabinet paramédical	9	9
Structure pré hospitalière	9	9
Cabinet médical de ville en exercice de groupe	8	8
Centre et association	8	8
Cabinet médical de ville en exercice individuel	4	4
Réseau	4	4
Total	98	100

2.3 Le contexte des coopérations

La description du contexte des expériences de coopération se base sur la réponse à la question suivante du questionnaire : « le contexte de la coopération », mais aussi sur les champs, les objets des coopérations et sur les questions ouvertes.

Les questions sur les champs et les objets des coopérations sont les suivantes :

Champ 1 de la coopération :

- Contact de première ligne pour un problème de santé non identifié
- Suivi de patient avec une maladie chronique
- Suivi de patient avec une atteinte aiguë
- autre, merci de préciser :

Champ 2 de la coopération (plusieurs réponses sont possibles) :

- Procédure de dépistage (repérage d'une maladie)
- Procédure de prévention
- Procédure de diagnostic (examens cliniques et para-cliniques de confirmation)
- Procédure curative
- Autre, merci de préciser :

Objet de la coopération (plusieurs réponses sont possibles) :

- Acte technique
- Examen clinique
- Interprétation des données de la biologie et de l'imagerie
- Diagnostic de situation
- Décision sur la suite de la prise en charge
- Décision de prescription (traitements, examens complémentaires, etc...)

Le contexte de la coopération est qualifié de « substitution » lorsque les rôles sont répartis de façon différente, sur une activité déjà existante. On parle de « diversification » lorsqu'une nouvelle prestation émerge avec une nouvelle répartition des rôles.

Substitution versus diversification. Les expériences informelles de coopération concernent en majorité des activités de substitution (60%). 12% des témoignages portent sur des activités de diversification et 27% d'entre eux, sur des activités mixtes (substitution et diversification) (Cf. Tableau 11).

Tableau 11. Répartition des témoignages selon le contexte des coopérations.

	Effectif	Pourcentage
Diversification	22	12
Substitution	110	60
Diversification et Substitution	51	28

Pour comprendre cette répartition, il convient de s'interroger sur l'occurrence des tâches concernées par la coopération.

Champs et objets des coopérations. 61% des professionnels, qui participent à une coopération informelle, indiquent qu'ils prennent des « décisions sur la suite de la prise en charge », 61% prennent des « décisions de prescription », 56% font des « actes techniques » et autant participent à des « procédures de prévention » (Cf. Tableau 12).

Tableau 12. Répartition des témoignages selon les champs et objets de la coopération (en %).

		% global	% parmi les réponses nominatives
Champ1 de la coopération	**contact de première ligne pour un problème de santé non identifié**	20	19
	suivi de patient avec une maladie chronique	50	50
	suivi de patient avec une maladie aiguë	20	19
	aide de patient handicapé	20	19
	éducation thérapeutique et promotion de la santé	5	5
Champ 2 de la coopération	**procédure de dépistage**	30	28
	procédure de prévention	**56**	57
	procédure de diagnostic	46	48
	procédure curative	48	52
Objet de la coopération	**acte technique**	**56**	55
	examen clinique	26	26
	interprétation des données de la biologie et de l'imagerie	15	15
	diagnostic de situation	48	48
	décision sur la suite de la prise en charge	**61**	64
	décision de prescription	**61**	60

Contexte, champs et objets de la coopération en fonction des profils des acteurs. Les champs et les objets des coopérations sont très diverses selon les professionnels non médicaux. On note en particulier la présence de profils très homogènes, comme les ergothérapeutes et les pharmaciens,

qui effectuent des tâches très spécifiques. En revanche, les infirmières, du fait du nombre important de lieux d'exercice possible, ne constituent pas un groupe homogène.
Les missions des ergothérapeutes, dans le cadre d'une coopération avec un médecin généraliste ou spécialiste, porte presque exclusivement sur des activités de substitution (respectivement 90% et 100%), (Cf. Tableau 28Tableau 29 - page 55)
78% des ergothérapeutes déclarent prendre des décisions de prescription, 61% décident de la prise en charge des patients et 60% participent à des procédures de prévention (Cf. Tableau 13).

Les missions des pharmaciens portent, quant à elles, sur des activités à la fois de diversification et de substitution (Cf. Tableau 28 - page 55)
Selon les témoignages, les pharmaciens sont 86% à suivre les patients atteints d'une maladie chronique, 64% à participer à des procédures de dépistage et autant à réaliser des procédures de prévention. Par ailleurs, 57% indiquent prendre des décisions de prescription (Cf. Tableau 13).

Tableau 13. Répartition des témoignages des ergothérapeutes et des pharmaciens selon les champs et les objets de la coopération (en %).

		Ergothérapeute (% de réponses nominatives : 70%)	**Pharmacien** (% de réponses nominatives : 71%)
Champ1 de la coopération	**contact de première ligne pour un problème de santé non identifié**	7	21
	suivi de patient avec une maladie chronique	55	**86**
	suivi de patient avec une maladie aiguë	26	14
	aide de patient handicapé	40	0
	éducation thérapeutique et promotion de la santé	1	0
Champ 2 de la coopération	**procédure de dépistage**	10	**64**
	procédure de prévention	**60**	**64**
	procédure de diagnostic	41	14
	procédure curative	44	43
Objet de la coopération	**acte technique**	49	29
	examen clinique	12	21
	interprétation des données de la biologie et de l'imagerie	0	21
	diagnostic de situation	49	43
	décision sur la suite de la prise en charge	**61**	50
	décision de prescription	**78**	**57**

Les citations suivantes sont extraites de certains témoignages, elles permettent d'illustrer les résultats précédemment présentés.

Citations extraites de certains témoignages de professionnels

- Témoignage d'un ergothérapeute :

  « D'un point de vue légal nous (ergothérapeute) n'avons pas le droit de prescription, et pourtant, au quotidien, c'est l'ergothérapeute qui réalise les essais à domicile, préconise le

matériel nécessaire à la personne handicapée et donne l'intitulé de la prescription. Le médecin ne fait qu'apposer sa signature dans la plupart des cas.».

- Témoignage d'un pharmacien :

« Nous proposons à tous les patients concernés par les risques (âge, hérédité, hygiène de vie, etc) que nous rencontrons au cours de la dispense des ordonnances :

- un dépistage du diabète par un test de glycémie capillaire qu'ils peuvent effectuer eux même gratuitement dans un espace de confidentialité ;
- une évaluation de leur risque cardiovasculaire (questionnaire élaboré par Pharmaréférence, auto-mesure tensionnelle à domicile trois fois par jour sur trois jours de suite) ;nous les orientons ensuite vers leur médecin traitant si nécessaire.»

- Témoignage d'un pharmacien :

« Renouvellement par le pharmacien de traitement de maladies chroniques (diabète hypertension etc.)»

- Témoignage d'une infirmière IDE:

« A l'annonce du traitement par hémodialyse, le médecin propose au patient et son conjoint de rencontrer une infirmière pour poser leurs questions sur la suite du projet thérapeutique, sur leurs inquiétudes, et évoquer leurs réactions quant au nouveau traitement, afin d'organiser une prise en charge relationnelle et matérielle de qualité. La consultation IDE dure entre 30 et 60mn. Un compte rendu écrit est réalisé par l'IDE consultante, qu'elle transmet au médecin. ».

- Témoignage d'un psychologue:

« Dans certaines situations cliniques, après entretien et évaluation par infirmier, le patient peut être accueilli directement par le psychologue clinicien. Avec au cas par cas concertation a posteriori avec le psychiatre ».

- Témoignage d'une infirmière:

« Après l'acquisition d'un Fibroscan, nous avons demandé l'autorisation aux affaires juridiques de déléguer la réalisation de la mesure de l'élasticité du foie aux infirmières préalablement formées par la société ECHOSENS qui a développé l'appareil. Nous avons eu une réponse positive et nous avons mis en place une organisation dans laquelle l'infirmière réalise le bilan de fibrose. ».

- Témoignage d'une infirmière:

« L'expérience a débuté avec la fermeture de lits de psychiatrie en 2002. La création d'une fédération de géronto-psychiatrie, en 2003, a donné lieu au regroupement des moyens. Le groupe professionnel ainsi constitué a fait évoluer sa pratique, harmonisant et formalisant son fonctionnement. C'est ainsi qu'on s'est aperçu que ces infirmières étaient sollicitées pour "commettre" des glissements de fonction. »

- Témoignage d'un dermato-vénérologue:

« Une consultation de prévention et de dépistage des IST, de l'infection VIH et hépatites B et C est effectuée soit par un médecin, soit par un IDE, soit un assistant social. La prescription des examens de dépistage est validée par un médecin. Par contre, en cas de signes cliniques ou d'antécédents, la consultation est effectuée par un médecin. »

Contexte des coopérations en fonction des lieux d'exercice. Parmi les coopérations portant sur des activités de substitution, 48 ont lieu dans des structures hospitalières, 28 dans les centres et associations et 12 dans des cabinets paramédicaux.
En outre, à hôpital, 26 coopérations concernent des activités mixtes, répondants à la fois à des logiques de substitution et de diversification (Cf. Tableau 14).

Tableau 14. Répartition des expériences selon la nature de la coopération et du lieu (effectifs).

	Diversification	Substitution	Diversification/Substitution
Cabinet médical de ville en exercice de groupe	2	4	2
Cabinet médical de ville en exercice individuel	0	3	3
Cabinet paramédical	3	12	7
Centre et association	2	28	1
Pharmacie	2	1	7
Réseau	2	2	1
Structure hospitalière	11	48	26
Structure pré hospitalière	0	6	3

Les structures hospitalières constituent donc, d'après les témoignages recueillis dans cette enquête, un lieu privilégié pour le développement d'expériences informelles de délégation de tâches antérieurement réalisées par des médecins.

Selon Gheorghiu et Moatty, ces phénomènes de multiplication des expériences informelles de substitution sont liés à l'évolution des conditions de travail et l'introduction de nouvelles contraintes organisationnelles.

2.4 Les témoignages sur les lieux d'intensification des coopérations informelles

A l'hôpital**.** Il semble exister à l'hôpital des déplacements de frontières entre anesthésistes et IADE, et entre chirurgiens et IBODE. Ces coopérations s'insèrent dans le contexte particulier du bloc opératoire, caractérisé par son relatif isolement à l'intérieur des établissements hospitaliers.
Un questionnaire témoigne en effet d'une coopération entre un médecin anesthésiste et une infirmière IADE, datant de 2000. Le médecin, qui a complété le questionnaire, délègue à l'infirmière la possibilité de traiter la douleur postopératoire en salle de surveillance post interventionnelle au moyen d'antalgiques, sans prescription médicale. L'infirmière est amenée, dans sa pratique quotidienne, à modifier et à adapter les prescriptions des médecins anesthésistes, concernant la douleur postopératoire dans les services chirurgicaux.

Une autre expérience concerne un médecin spécialisé en chirurgie thoracique et vasculaire et une infirmière. Ce praticien nous indique qu'il a commencé récemment à confier à cette infirmière le soin de réaliser un cathétérisme vasculaire, veineux, et artériel. Cet acte est réalisé par l'assistant opératoire, aidé d'un manipulateur radio qui repère en échographie le vaisseau visé. La suite de la procédure est réalisée sous la supervision directe du chirurgien, qui prend part ou non à l'acte, selon sa difficulté technique.

L'enquête nous a également permis de prendre connaissance d'une expérience menée dans un service de psychiatrie, depuis 2005, au sein d'une équipe de psychiatres et d'infirmières. Celles-ci réalisent, en binôme, des consultations infirmières de première ligne en psychiatrie.
Cette expérience rejoint le constat fait par Gheorghiu et Moatty dans les hôpitaux psychiatriques : la présence discontinue des médecins favorise une autonomie plus importante des personnels de soins et la multiplication des expériences informelles de coopération.

En ville**.** Le parcours de soin du patient en médecine de ville semble également être propice au développement de coopération entre professionnels de santé.
Selon le témoignage d'un ergothérapeute qui exerce dans un cabinet paramédical, il rédige lui-même la quasi-totalité des prescriptions d'aides techniques. Elles sont signées par le médecin qui considère ce professionnel comme étant plus qualifié et plus en contact avec le terrain que lui.

Les pharmaciens sont également, d'après cette enquête, à l'origine de coopérations informelles, centrées autour de l'organisation de dépistage et de prévention des risques. A ce propos, un pharmacien indique qu'il effectue régulièrement, dans le cadre de son officine, des dépistages des risques cardio-vasculaires, HTA, de diabète et d'obésité. Il remet ensuite au patient ses conclusions, destinées à son médecin traitant.

Enfin, une infirmière libérale souligne que la coopération en milieu de ville n'est pas formalisée et qu'elle ne dépend que du bon vouloir des uns et des autres, et de la confiance qu'ils s'accordent entre eux. Selon elle, ces coopérations ont tendance à se généraliser de façon informelle, notamment du fait de l'isolement des professionnels de santé libéraux.

3 Les témoignages sur les expériences formelles et les expressions de besoin de coopération

Les expériences formelles et les expressions de besoins de coopération permettent d'appréhender les avantages et les inconvénients de la répartition actuelle des tâches, lorsque le périmètre des soins autorisés pour chaque professionnel de santé est respecté.

3.1 Les expériences formelles

Les témoignages concernant les expériences formelles de coopérations entre professionnels de santé sont au nombre de 40.
Les expériences formelles dont nous avons eu connaissance à travers cette enquête sont relativement récentes, avec une ancienneté moyenne de 1,3 an. Les plus anciennes ont été mises en place il y a 10 ans.
Notons que 23 questionnaires correspondent aux coopérations entre ophtalmologues, opticiens-lunetiers, rendues possibles par le décret du 13 avril 2007.

3.1.1 Des témoignages qui relatent surtout des expériences impliquant les ophtalmologues

Il convient de souligner que 36 questionnaires sur 40 impliquent des ophtalmologues, en collaboration avec des orthoptistes et/ou des opticiens, du fait de l'instauration de nouvelles formes de coopération à la suite du décret du 13 avril 2007[14]

Les ophtalmologues impliqués dans ces coopérations travaillent en majorité avec des opticiens (24 expériences). Ils coopèrent également avec des orthoptistes (12 expériences).

Notons que dans 70% des cas, la coopération a lieu dans un magasin d'optique. Elle peut également avoir lieu dans un cabinet médical de ville en exercice de groupe (14%), dans un cabinet individuel (11%) ou encore dans une structure hospitalière (8%).

L'ensemble des missions déléguées aux opticiens ou aux orthoptistes concernent des activités de substitution. 83% des opticiens déclarent effectuer des actes techniques et 58% indiquent prendre des décisions de prescription. Quant aux orthoptistes, ils effectuent tous des actes techniques et 75% déclarent participer à des procédures de diagnostic et de dépistage (Cf. Tableau 30 - page 56).

► Quelques témoignages d'autres types de professionnels

Sur l'ensemble des questionnaires portant sur des expériences formelles, seuls 4 ne sont pas liés à l'ophtalmologie. Il s'agit de coopération impliquant : un médecin du travail et une infirmière, un psychiatre et une psychologue, un urgentiste et une infirmière, et un médecin généraliste et un ergothérapeute.

Les missions des deux infirmières concernées par les expériences formelles sont relativement étendues, puisqu'elles réalisent des examens cliniques, des actes techniques, et des diagnostics de situation.
Elles sont également amenées à participer à des procédures curatives, des procédures de prévention et des procédures de diagnostic, à de l'éducation thérapeutique et de la promotion de la

[14] D'après le décret n°2007-553 du 13 avril 2007, l'opticien-lunetier peut adapter la prescription médicale des verres correcteurs dans le cadre d'un renouvellement, à condition que le prescripteur n'ait pas exclu la possibilité d'adaptation par une mention expresse portée sur l'ordonnance.

santé, à des décisions sur la suite de la prise en charge et à du contact de première ligne non identifié (Cf. Tableau 30 - page 56.).

Enfin, un témoignage sur la relation entre un psychologue et un psychiatre, dans le cadre d'une structure hospitalière, nous indique que la coopération porte sur le suivi de patient avec une maladie chronique, les procédures de prévention, les procédures curatives, les diagnostics de situation et les décisions sur la suite de la prise en charge (cf. Tableau 30 - page 56).

3.2 Les expressions de besoins de coopération

Parmi l'ensemble des répondants, 48 témoignages ont pu être identifiés comme relevant d'une expression de besoins plutôt que d'expériences formelles ou informelles de coopération.
Certains répondants ont parfois sollicité directement la HAS pour l'ouverture d'un dialogue sur le sujet.

Professionnels médicaux.
Les témoignages exprimant des besoins de coopération impliquent la participation d'un généraliste dans 71% des cas (34 personnes) et d'un spécialiste dans 29 % des cas (14 personnes).
Les spécialités concernées, lorsqu'elles ont été renseignées, sont variées. L'enquête a permis de recueillir les témoignages des spécialités suivantes : pneumologie (2 personnes), psychiatrie (2 personnes), médecine du travail (2 personnes), anesthésie (1 personne), ophtalmologie (1 personne), allergologie (1 personne), gériatrie (1 personne), néphrologie (1 personne), pédiatrie (1 personne) et radiologie (1 personne).

Autres professionnels de santé.
Les ergothérapeutes concernés par les expressions de besoin sont les délégataires majoritaires (39% soit 17 personnes), précédant les ostéopathes (25% soit 11 personnes).
Les expressions de besoins de coopération font également référence à des coopérations impliquant un kinésithérapeute (8 personnes), une infirmière (4 personnes), un manipulateur d'électroradiologie médicale (1 personne), un orthoptiste (1 personne), un préparateur en pharmacie (1 personne) et un psychologue (1 personne).

Chemins des coopérations souhaités.
Dans 47% des cas, les répondants ont revendiqué le besoin de favoriser les coopérations entre généralistes et ergothérapeutes, et dans 34% des cas, entre généralistes et ostéopathes.
Les répondants exercent soit dans un cabinet médical de ville en exercice individuel (29%), soit dans un cabinet paramédical (26%). Concernant la zone d'activité, les répondants qui expriment un besoin de coopération impliquant un généraliste, exercent soit dans une zone urbaine (55%), soit dans une zone semi-rurale (27 %) :

Quant aux expressions de besoin de coopération impliquant des spécialistes, le délégataire serait un kinésithérapeute (4 personnes), une infirmière (3 personnes), un ergothérapeute (2 personnes), un manipulateur d'électroradiologie médicale (1 personne), un orthoptiste (1 personne) ou un psychologue (1 personne).

Cette coopération aurait lieu principalement dans une structure hospitalière (64%) ou dans un cabinet médical de ville en exercice individuel (14%).
64% des répondants ayant exprimé ces besoins exercent en zone urbaine, et 21%, en zone semi-rurale.
D'après ces témoignages, les pratiques quotidiennes rendent nécessaire une évolution de la réglementation vers des coopérations entre :

- Anesthésiste et infirmière ;
- Gériatre et infirmière ;

- Ophtalmologue et orthoptiste ;
- Pneumologue et kinésithérapeute ;
- Psychiatre et ergothérapeute / psychologue ;
- Pédiatre et kinésithérapeute ;
- Radiologue et manipulateur d'électroradiologie médicale ;
- Spécialiste et ergothérapeute / infirmière / kinésithérapeute ;
- Généraliste et ergothérapeute / ostéopathe / infirmière / kinésithérapeute / préparateur en pharmacie.

4 Les objectifs et les conditions de la mise en place des nouvelles formes de coopération

L'analyse des réponses aux questions ouvertes a nécessité l'élaboration d'une méthode particulière, rendue possible par le logiciel Modalisa. Après la lecture de chaque questionnaire, une liste de mots clés a été établie.

Celle-ci s'articule autour de deux logiques : les objectifs de la coopération et les besoins liés à l'évolution du partage des tâches. Ces mots clés relèvent ensuite de trois thèmes différents : les enjeux économiques et les conditions nécessaires, en termes de formation des professionnels de santé et de réglementation (Cf. Tableau 2).

Il est ainsi possible d'avoir une vue d'ensemble des commentaires et d'envisager la répartition des témoignages en fonction des enjeux soulevés par les répondants, relativement aux types d'expérience de coopération.

4.1 Les objectifs et les besoins de l'ensemble des répondants

Le taux de réponses, aux questions ouvertes suivantes, est de 67% :

- « La généralisation de cette nouvelle façon de travailler demande une modification, préciser » ;
- « Merci de compléter avec toute autre précision qui vous semble pertinente ».

Répartition des répondants en fonction du type d'expérience.
57% des répondants aux questions ouvertes sont impliqués dans des coopérations informelles.
Les professionnels concernés par des expériences formelles de coopération se sont moins exprimés que les autres : ils ne représentent que 8% des répondants aux questions ouvertes (Cf. Tableau 15).
Il paraît logique que les acteurs d'expériences informelles se soient particulièrement exprimés, puisqu'ils rencontrent davantage de difficultés, du fait de l'inadéquation entre la réglementation et leur pratique quotidienne.

Tableau 15. Répartition des répondants aux questions ouvertes selon le type de coopération.

	Frequency	Pct
formelle	17	7,6%
informelle	128	57,4%
expression de besoins	34	15,2%
coordination	44	19,7%
Total	223	100,0%

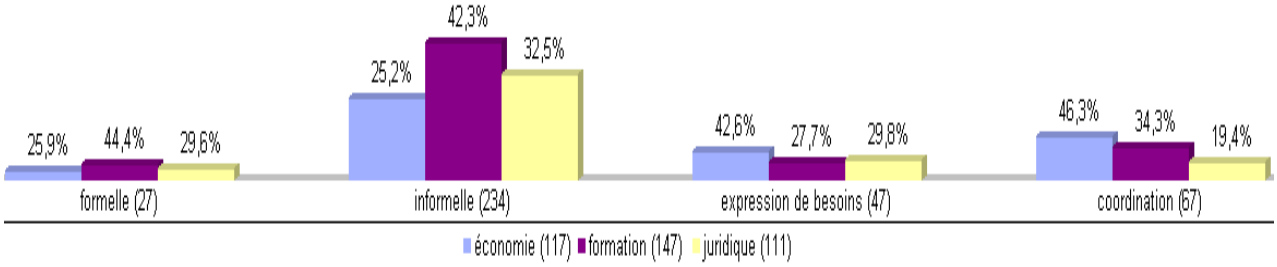
Horizon des différents thèmes abordés dans les commentaires[15].
Les professionnels réclament principalement une évolution de la réglementation, une extension du périmètre des actes autorisés, la possibilité de développer les formations initiales et continues, une meilleure reconnaissance des compétences professionnelles, une plus grande collaboration entre les acteurs du parcours de soin du patient, une évolution de la cotation des actes.

[15] Rappelons que les commentaires font souvent référence à plusieurs thèmes, un témoignage peut donc être assimilé à plusieurs catégories.

Objectifs des nouvelles formes de coopération selon l'ensemble des répondants.
27% des répondants aux questions ouvertes ont décrit les objectifs des expériences auxquelles ils participent.
Dans 62% des commentaires, les pratiques collaboratives visent avant tout le bénéfice du patient. Les coopérations sont également conçues comme une réponse pertinente au souci de rationalisation des moyens (26%) et aux problèmes que pose la démographie médicale, en termes d'accès aux soins (23%).
Ainsi, les objectifs mentionnés par les répondants renvoient aux enjeux économiques et organisationnels du système de santé (Cf. Figure 3 - page 58).

Besoins liés aux nouvelles formes de coopération, selon les répondants.
Tous les répondants aux questions ouvertes ont énuméré les besoins liés à ces nouvelles formes de coopération.
Les conditions rendues nécessaires par la multiplication des coopérations sont à la fois d'ordre économique et organisationnel, juridique et relatif à la formation des acteurs de santé. A travers ces commentaires, on constate que les individus souhaitent principalement voir évoluer la réglementation (45%), le périmètre des actes autorisé (37%), les possibilités de formation initiale et continue (35%) et la reconnaissance de leurs compétences (27%) (Cf. Figure 4 - page 58).
Le graphique suivant illustre la répartition des commentaires selon le type d'expérience (formelle, informelle, expression de besoins et coordination), à propos des besoins liés aux nouvelles formes de coopération :

Figure 2. Répartition des commentaires sur les besoins, selon le type de l'expérience et les thèmes abordés.



Les citations présentées ci-dessous permettent d'illustrer ces résultats :

Citations extraites de certains témoignages de professionnels
« Il faut envisager dans la nomenclature de la Sécurité sociale la possibilité, pour les infirmiers formés, d'assurer des consultations psychiatriques rémunérées. »

« L'éducation thérapeutique des patients et les consultations pluridisciplinaires ont pu être effectuées grâce à la bonne volonté de chacun. La pérennité de telles pratiques est menacée si elles ne sont ni officialisées, ni rémunérées. »

« Modification des textes et de la formation initiale et continue des infirmiers pour permettre une extension des gestes techniques réalisables dans l'attente d'un médecin et face à une urgence vitale (intubation endo-trachéale, voie intro osseuse et jugulaire externe comme voies d'abord périphérique, réalisation d'ECG sans prescription médicale etc.) »
«Modification du décret d'actes des ergothérapeutes, obtention d'un droit de prescription des aides techniques. Amélioration et révision de la formation initiale qui prépare à ce rôle et reconnaissance du savoir-faire et des connaissances élevées à bac +3 pour les professionnels paramédicaux. »

«Formation des aides-opératoires à la réalisation d'une partie des actes techniques, en l'occurrence le cathétérisme et la navigation intravasculaire percutanée. »

« La notion de réponse graduée implique une formation initiale des professionnels de santé et une meilleure coopération inter-service dans l'aide médicale urgente, une meilleure discrimination dans les décisions d'engagement de moyens médicaux ou non, ainsi qu'une meilleure généralisation des protocoles de soins. »

« Réponse graduée à l'urgence, réponse rationnelle et économie des moyens dans un contexte de pénurie médicale. »

« Définir clairement les compétences déléguées par des textes réglementaires et déléguer aussi les charges et les responsabilités. Création d'un ordre paramédical afin d'encadrer ces nouvelles professions et exiger une charte éthique. »

« Nécessité d'une cotation spécifique des actes effectués par le paramédical. Cette cotation est cumulable à taux plein avec les actes du médecin. »

Il semble désormais intéressant de comparer l'ordre de priorité des enjeux, soulevés par les répondants, en fonction du type d'expériences de coopération dans lesquelles ils sont impliqués.

4.2 L'analyse des conditions et des objectifs des coopérations en fonction du type d'expérience

4.2.1 Les expériences informelles

Objectifs.
27% des professionnels impliqués dans des expériences informelles ont évoqué les objectifs des nouvelles formes de coopération.
Il s'agit selon eux : du bénéfice du patient (61%), de la rationalisation des moyens (35%), de la réponse aux problèmes que pose la démographie médicale (17%) et de l'opportunité d'apporter une réponse rapide aux besoins de prise en charge (17%) (Cf. Tableau 31 - page 58)

Besoins.
Les répondants soulignent également la nécessité de voir évoluer la réglementation (56%), l'extension du périmètre des actes autorisés (53%), les possibilités de formation (33%) et la reconnaissance des compétences (24%) (cf. Tableau 32 - page 59)

Nature des commentaires selon le contexte des coopérations (diversification versus substitution).
Les professionnels impliqués dans des expériences informelles de substitution (62%), ont plus fréquemment répondu aux questions ouvertes que ceux qui participent à des activités de diversification (13%) ou des activités mixtes (25%).
Ainsi, on peut penser que les activités de substitution rendent davantage nécessaire une évolution de la réglementation, de la formation et du contexte économique et organisationnel.

Les acteurs d'expériences informelles de substitution expriment des besoins d'évolution en termes de formation (43%) et de réglementation (35%), tandis que les acteurs d'expériences informelles de diversification soulignent davantage la nécessité de réévaluer la rémunération des acteurs et de modifier l'organisation du parcours de soins (39%), ainsi que les possibilités de formation (36%).
En effet, les individus qui se consacrent à de telles activités les réalisent souvent sans aucune contrepartie financière (Cf. Tableau 33 - page 59.).

4.2.2 Les expériences formelles

Objectifs.
Parmi les professionnels ayant fait des commentaires, 18% ont proposé des objectifs aux nouvelles formes de coopération. De même que les acteurs d'expériences informelles, ils évoquent d'abord le bénéfice du patient, la nécessité d'apporter une réponse à la pénurie médicale, la libération du temps médical et la rationalisation des moyens.

Besoins.
Par ailleurs, tous les répondants ont exprimé des besoins liés aux nouvelles formes de coopération. 65% d'entre eux souhaitent améliorer la formation des acteurs, 18% envisagent la nécessité d'un encadrement plus strict, et autant, expriment le besoin de favoriser la collaboration entre les acteurs.
De plus, 35% soulignent la nécessité de faire évoluer la réglementation.

Nature des commentaires selon le contexte des coopérations (diversification versus substitution).
Les professionnels impliqués dans des coopérations formelles axées sur des activités de substitution ont davantage répondu aux questions ouvertes : ils représentent 94% des répondants.

4.2.3 L'expression de besoins de coopération

Objectifs.
29% des individus qui ont exprimé un besoin de coopération ont évoqué les objectifs d'une évolution du partage des tâches. Il s'agit, pour la plupart, le bénéfice du patient (60%), l'efficience de la prise en charge et la rationalisation des moyens (30%) (Cf. Tableau 34 - page 59).

Besoins.
Les répondants font référence, au sujet des conditions nécessaires à la multiplication des coopérations, au besoin de reconnaissance (33%), à l'évolution de la réglementation (33%) et à la nécessité d'adapter la qualification (24%) (Cf. Tableau 35 - page 59.).

Conclusion

L'enquête « Appel à expériences sur les nouvelles formes de coopération » est une consultation publique ayant pour objectif de recueillir des témoignages de coopération entre professionnels de santé sur le terrain. Elle s'inscrit dans le cadre d'une recommandation sur ces nouvelles formes de coopération

Les résultats de cette enquête sont relativement satisfaisants. En effet, les répondants sont plus nombreux que prévu (334 exploitables).La majorité d'entre eux a laissé ses coordonnées et s'est exprimée sur les questions ouvertes. Par ailleurs, l'éventail des professions participant à ces témoignages est large et les différentes formes de coopération sont variées : quatre types de coopération ont été relevés (formel, informel, expression de besoins et coordination) impliquant à la fois des généralistes, des spécialistes, des pharmaciens, des infirmières, des ergothérapeutes, des opticiens etc.

Les professionnels concernés par des expériences informelles sont les plus nombreux à avoir pris l'initiative de répondre à l'enquête et ils participent principalement à des activités de substitution. Ils revendiquent une évolution de la réglementation et des besoins de formation initiale et continue, ce qui semble indiquer qu'ils souffrent de l'absence d'institutionnalisation de leurs pratiques quotidiennes
Les acteurs de coopération portant sur des activités de diversification soulignent, quant à eux davantage, la nécessité de réévaluer leur rémunération et revendiquent le désir d'une meilleure reconnaissance de leurs compétences.

Par ailleurs l'enquête permet de mettre en évidence des profils d'expériences de coopération. En particulier, une analyse des données (présentée en Annexe 1 - page 37) indique une opposition entre les expériences formelles impliquant un ophtalmologue, un opticien et un orthoptiste et les expériences informelles impliquant un éventail large de professionnels dans des lieux variés.
Il est possible notamment de rapprocher des expériences impliquant un spécialiste et une infirmière en structure hospitalière, ou encore un généraliste et un ergothérapeute en centre ou association. Cette analyse permet de confirmer et de renforcer les résultats de cette étude.

Il convient pourtant de préciser que chaque témoignage s'inscrit dans une situation particulière. Les coopérations sont rendues possibles par la confiance réciproque des acteurs, fondée sur des relations personnelles et individuelles. Les expériences de coopération sont déterminées par un « jeu de pouvoir » entre les différents protagonistes et ne peuvent fonctionner que si chacun y trouve un intérêt économique ou personnel.
Les différents témoignages mettent cependant en évidence les nombreuses difficultés que rencontrent les professionnels du fait d'une réglementation, d'une formation, d'une rémunération et d'une organisation inappropriées.
Face à ce constat une réponse semble nécessaire en termes d'évolution du système de santé.

La question de la généralisation des coopérations entre professionnels de santé reste posée. Si les résultats de l'enquête sont satisfaisants (nombre et qualité des réponses, cohérence des résultats et aperçu des pratiques réelles), ils ne sont pas extrapolables si l'on tient compte du caractère volontaire et déclaratif de l'enquête.
Dans cette perspective, il serait intéressant de prolonger et d'approfondir ce travail en cherchant à obtenir une représentation de l'ensemble des professionnels de santé et en prenant en compte les limites constatées de l'enquête.
La réalisation d'une enquête de plus grande envergure est envisageable et rendue nécessaire par l'évolution continue des pratiques de coopération, qui pourrait s'accélérer avec la recommandation de la Haute Autorité de Santé sur ce sujet.

Ce projet est d'autant plus concevable que les résultats du questionnaire présenté ici témoignent de l'attention et de l'adhésion d'un grand nombre de professionnels, qui semblent satisfaits de participer à ce type d'enquête.

Sommaire des tableaux

Tableau 1.Typologie des expériences. 8

Tableau 2. Liste des mots clés. 9

Tableau 3. Répartition des expériences selon leur caractère. 10

Tableau 4. Répartition des expériences selon leur caractère et le contexte (en %) 11

Tableau 5. Répartition des expériences selon leur caractère et le contexte pour les réponses nominatives (en %). 11

Tableau 6. Répartition des expériences selon le bassin d'activité (en %). 11

Tableau 7. Répartition des expériences selon le lieu (en %) 12

Tableau 8. Répartition des expériences selon le lieu pour les réponses nominatives (en %). 13

Tableau 9. Répartition des témoignages de coopération selon le lieu. 17

Tableau 10. Répartition des témoignages de coopération (sans les ergothérapeutes) selon le lieu. 18

Tableau 11. Répartition des témoignages selon le contexte des coopérations. 20

Tableau 12. Répartition des témoignages selon les champs et objets de la coopération (en %). 20

Tableau 13. Répartition des témoignages des ergothérapeutes et des pharmaciens selon les champs et les objets de la coopération (en %). 21

Tableau 14. Répartition des expériences selon la nature de la coopération et du lieu (effectifs). 23

Tableau 15. Répartition des répondants aux questions ouvertes selon le type de coopération. 28

Tableau 16. Modalités contribuant à l'axe 1. 39

Tableau 17. Modalités contribuant à l'axe 2. 40

Tableau 18. Modalités contribuant à l'axe 3 41

Tableau 19. Modalités contribuant à l'axe 4. 42

Tableau 20. Modalités contribuant à l'axe 1. 45

Tableau 21. Modalités contribuant à l'axe 2. 46

Tableau 22. Modalités contribuant à l'axe 3. 48

Tableau 23. Chemins de coopération impliquant un médecin spécialiste dont la spécialité est renseigné. 51

Tableau 24. Chemin des coopérations lorsqu'il y a plus d'un professionnel de santé non médical. 51

Tableau 25. Répartition des témoignages de coopérations informelles selon le bassin d'activité. 52

Tableau 26. Répartition des témoignages de coopérations informelles selon la région 53

Tableau 27. Répartition des expériences informelles selon les lieux et les professionnels non médicaux. 54

Tableau 28. Répartition des expériences impliquant un généraliste en fonction de la nature de la coopération et les principaux délégataires concernés (en %). 55

Tableau 29. Répartition des expériences impliquant un spécialiste en fonction de la nature de la coopération et les principaux délégataires concernés. 55

Tableau 30. Répartition des témoignages de coopérations formelles selon les champs, les objets et les professionnels (en %). 56

Tableau 31. Objectifs des coopérations informelles, parmi ceux qui ont fait des commentaires. .. 58

Tableau 32. Besoins des coopérations informelles, parmi ceux qui ont fait des commentaires. ... 59

Tableau 33. Nature des commentaires selon le contexte des coopérations. 59

Tableau 34. Objectifs des coopérations formelles, parmi ceux qui ont fait des commentaires. 59

Tableau 35. Besoins des coopérations formelles, parmi ceux qui ont fait des commentaires. 59

Table des illustrations

Figure 1. Les chemins des coopérations informelles dans l'enquête "Appel à témoignages sur les nouvelles formes de coopération"..... 15

Figure 2. Répartition des commentaires sur les besoins, selon le type de l'expérience et les thèmes abordés. 29

Annexes

Sommaire des annexes

Annexes **36**

I. L'Analyse des correspondances multiples **37**

I.1. ACM sur le caractère, le contexte, les acteurs et les lieux des coopérations 37

I.1.1. La sélection du nombre d'axes à interpréter 37

I.1.2. L'interprétation des axes 38

I.2. ACM sur le caractère, le contexte, les acteurs, les lieux, les champs et les objets des coopérations 44

I.2.1. La sélection du nombre d'axes à interpréter 44

I.2.2. L'interprétation des axes 44

II. Les expériences informelles **51**

III. Les expériences formelles **56**

IV. Sélection de témoignages portant sur des expériences singulières entre professionnels de santé **57**

V. Les objectifs et les besoins de la mise en place des nouvelles formes de coopération **58**

VI. Questionnaire de l'enquête « Appel à expériences sur les nouvelles formes de coopération » **60**

1 L'Analyse des correspondances multiples

L'analyse de données peut être définie comme une extension de la Statistique descriptive au cas multidimensionnel. Ces techniques sont avant tout descriptives et permettent une analyse simultanée de l'ensemble des variables. Le principal intérêt est de dégrossir les données, de repérer les grandes lignes et surtout de synthétiser et de hiérarchiser l'information.

La méthode qui est ici mise en œuvre est une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) car nous ne disposons de plusieurs variables qualitatives. Nous allons pouvoir mettre en valeur les variables, c'est à dire les catégories et le contexte des coopérations, les spécialités, les professions de santé, les lieux de coopération et les objets des coopérations, qui s'opposent et qui s'attirent. Ceci va permettre de faire une ébauche de groupes et de confirmer les résultats de l'étude.

Deux ACM sont effectuées ici: la première ne prend en compte que la catégorie, le contexte, les acteurs et les lieux des coopérations, la deuxième prend en compte les champs et objets des coopérations en plus.

1.1 ACM sur le caractère, le contexte, les acteurs et les lieux des coopérations

1.1.1 La sélection du nombre d'axes à interpréter

- Méthode du coude à l'aide de l'histogramme des valeurs propres

Singular Value	Principal Inertia	Chi-Square	Percent	Cumulative Percent	4 8 12 16 20
0.51444	0.26465	2448.5	20.85	20.85	**********
0.35600	0.12674	1172.6	9.99	30.84	**********
0.34261	0.11738	1086.0	9.25	40.09	**********
0.33623	0.11305	1046.0	8.91	49.00	**********
0.25660	0.06584	609.2	5.19	54.19	******
0.23707	0.05620	520.0	4.43	58.62	******
0.23593	0.05566	515.0	4.39	63.00	*****
0.21349	0.04558	421.7	3.59	66.59	****
0.21108	0.04455	412.2	3.51	70.10	****
0.20133	0.04053	375.0	3.19	73.30	****

L'histogramme nous suggère de conserver 4 axes, puisqu'on observe un grand « saut » dans les valeurs des valeurs propres entre l'axe 4 et l'axe 5. De plus, cela nous permet de conserver 49% de l'inertie totale.

- Méthode du Scree-test

Nombre d'axes à interpréter	Valeurs propres V(j)	W(j)=V(j-1)-V(j)	Z(j)=W(j-1)-W(j)
1	0,51444		
2	0,35600	0,15844	
3	0,34261	0,01339	0,14505
4	0,33623	0,00638	0,00701
5	0,25660	0,07963	-0,07325

Cette méthode nous fait retenir 4 axes puisque nous nous arrêtons avant que Z(j) devienne négatif.

- Méthode de l'inertie moyenne

L'inertie moyenne est égale à 1/(J-Q) où J est le nombre de modalités, soit 38, et Q le nombre de variables, soit 6. Elle est égale à 3%. Cette méthode nous conduit à retenir 10 axes. Mais ce nombre d'axes paraît trop élevé pour l'interprétation.

⇨ D'après ces trois méthodes, nous retenons pour la suite **4 axes à interpréter**.

L'inertie totale conservée par les 4 axes est relativement faible du fait des modalités à faibles effectifs.

1.1.2 L'interprétation des axes

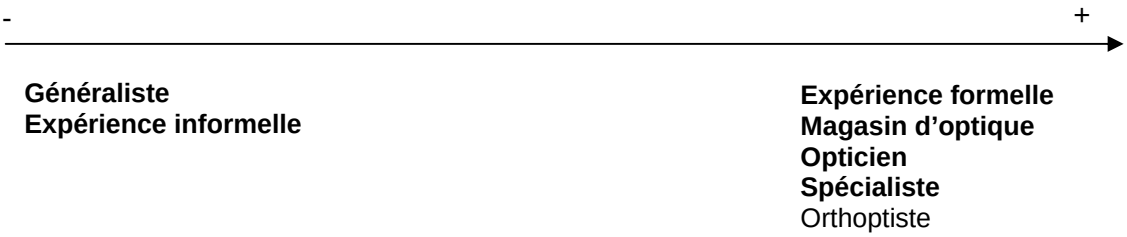
La contribution moyenne d'une modalité est égale à 1/38=0,0263.
C'est pourquoi nous retenons uniquement les modalités dont la contribution est supérieure à la contribution moyenne.

Axe 1

Le premier axe contribue pour 20,85% de l'inertie totale.

Tableau 16. Modalités contribuant à l'axe 1.

Modalité	Contribution	Qualité	Signe de la coordonnée
Expérience formelle	0.21	0.92	+
Magasin d'optique	0.20	0.83	+
Opticien	0.20	0.84	+
Généraliste	0.06	0.54	-
Spécialiste	0.05	0.54	+
Orthoptiste	0.03	0.22	+
Expérience informelle	0.03	0.42	-



Sur ce premier axe, les expériences informelles impliquant des généralistes s'opposent aux expériences formelles de coopération entre un spécialiste et un opticien. Notons que l'orthoptiste n'a pas une très bonne représentation sur l'axe (qualité faible).
On ressent bien sur cet axe le poids des coopérations formelles entre l'ophtalmologue et l'opticien autorisées en 2007.

Axe 2

Le deuxième axe contribue pour 9,99% de l'inertie totale.

Tableau 17. Modalités contribuant à l'axe 2.

Modalité	Contribution	Qualité	Signe de la coordonnée
Ostéopathe	0.2	0.52	+
Cabinet médical de ville en exercice individuel	0.1	0.42	+
Diversification	0.1	0.40	+
Expression de besoins	0.1	0.38	+
Ergothérapeute	0.09	0.20	-
Cabinet médical de ville en exercice de groupe	0.05	0.19	+
Substitution	0.04	0.29	-
Centre et association	0.04	0.17	-
Rural	0.04	0.16	-

Sur ce deuxième axe, les ergothérapeutes exerçant des activités de substitution dans les centres et associations s'opposent aux ostéopathes en cabinet de ville individuel et qui ont des missions de diversification.
Mais remarquons que le groupe des ergothérapeutes est relativement mal représenté sur cet axe.

Axe 3

Le troisième axe contribue pour 9,25% de l'inertie totale.

Tableau 18. Modalités contribuant à l'axe 3

Modalité	Contribution	Qualité	Signe de la coordonnée
Infirmière	0.15	0.58	-
Généraliste	0.09	0.37	+
Structure hospitalière	0.09	0.43	-
Spécialiste	0.08	0.35	-
Ergothérapeute	0.05	0.18	+
Expression de besoins	0.05	0.15	+
Structure préhospitalière	0.04	0.16	-
Centre et association	0.04	0.16	+
Diététicien	0.03	0.13	-
Ostéopathe	0.03	0.10	+
Cabinet médical de ville en exercice individuel	0.03	0.11	+
Expérience de coordination	0.03	0.11	-
Pharmacie	0.03	0.07	+

Le troisième axe oppose les infirmières exerçant en structure hospitalière ou préhospitalière avec un spécialiste aux ergothérapeutes coopérant avec un généraliste dans un centre et association.
De la même façon, le groupe des ergothérapeutes a une qualité de représentation faible.

Axe 4

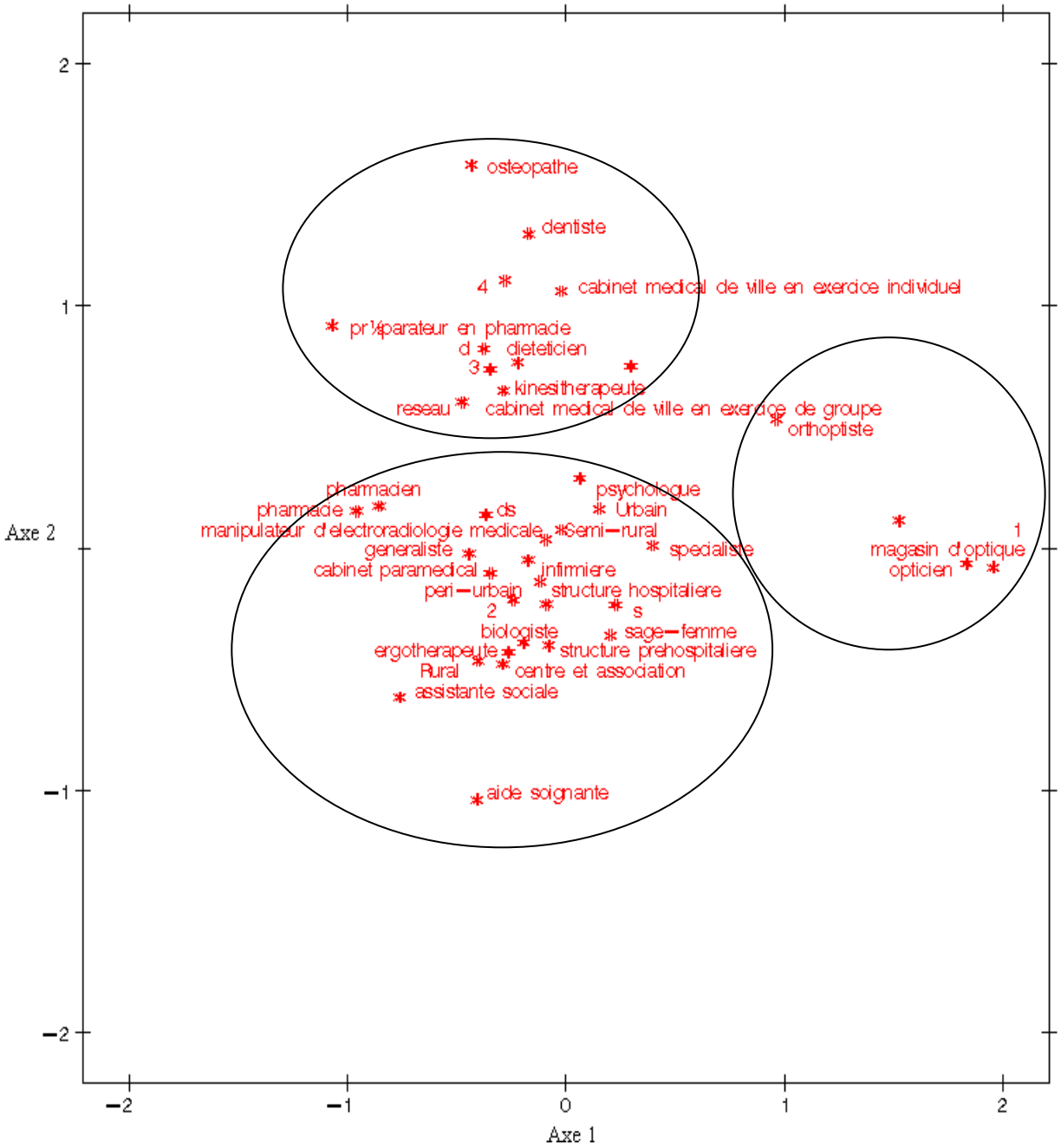
Le quatrième et dernier axe contribue pour 8,91% de l'inertie totale.

Tableau 19. Modalités contribuant à l'axe 4.

Modalité	Contribution	Qualité	Signe de la coordonnée
Pharmacie	0.34	0.77	+
Pharmacien	0.32	0.73	+
Ergothérapeute	0.05	0.18	-
Substitution / Diversification	0.04	0.16	+
Expression de besoins	0.03	0.09	-

Ce dernier axe permet d'opposer les ergothérapeutes aux pharmaciens. Ici, le groupe des pharmaciens exerçant en pharmacie est très bien représenté.

Représentation des modalités sur les deux premiers axes :



Légende :

- 1 : expériences informelles de coopération
- 2 : expériences formelles de coopération
- 3 : expressions de besoins
- 4 : coordination entre professionnels de santé

1.2 ACM sur le caractère, le contexte, les acteurs, les lieux, les champs et les objets des coopérations

1.2.1 La sélection du nombre d'axes à interpréter

- Méthode du coude à l'aide de l'histogramme des valeurs propres

Singular Value	Principal Inertia	Chi-Square	Percent	Cumulative Percent	4 8 12 16 20
0.17447	0.03044	3449.9	17.83	17.83	**********
0.16237	0.02636	2988.1	15.44	33.27	**********
0.11583	0.01342	1520.5	7.86	41.12	**********
0.10761	0.01158	1312.4	6.78	47.91	********
0.10137	0.01028	1164.7	6.02	53.92	********
0.08757	0.00767	869.1	4.49	58.41	******
0.07978	0.00636	721.4	3.73	62.14	*****
0.07267	0.00528	598.6	3.09	65.24	****
0.07194	0.00518	586.5	3.03	68.27	****
0.06747	0.00455	515.9	2.67	70.93	***
0.06368	0.00406	459.7	2.38	73.31	***
0.06272	0.00393	445.8	2.30	75.61	***

L'histogramme nous suggère de conserver 2 axes, puisqu'on observe un grand « saut » dans les valeurs des valeurs propres entre l'axe 2 et l'axe 3. Pour autant, les deux premiers axes permettent de conserver seulement 33% de l'inertie totale, ce qui est faible. Il semble donc intéressant de garder 3 axes et ainsi de conserver 41% de l'inertie totale.

- Méthode du Scree-test

Nombre d'axes à interpréter	Valeurs propres V(j)	W(j)=V(j-1)-V(j)	Z(j)=W(j-1)-W(j)
1	0,17447		
2	0,16237	0,0121	
3	0,11583	0,04654	-0,03444

Cette méthode nous fait retenir 2 axes puisque nous nous arrêtons avant que Z(j) devienne négatif.

- Méthode de l'inertie moyenne

L'inertie moyenne est égale à 1/(J-Q) où J est le nombre de modalités, soit 68, et Q le nombre de variables, soit 21. Elle est égale à 2%. Cette méthode nous conduit à retenir 12 axes. Mais ce nombre d'axes paraît trop élevé pour l'interprétation.

⇨ D'après ces méthodes, nous décidons de retenir pour la suite **3 axes à interpréter**.

L'inertie totale conservée par les 3 axes est relativement faible (41%) du fait du nombre important de modalités à faibles effectifs. L'interprétation de ces axes est donc à prendre avec précaution.

1.2.2 L'interprétation des axes

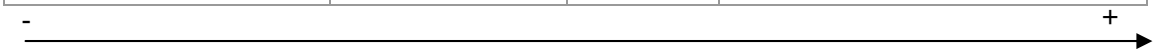
La contribution moyenne d'une modalité est égale à 1/68=0,0147.
C'est pourquoi nous retenons les modalités dont la contribution est supérieure à la contribution moyenne.

AXE 1

Le premier axe contribue pour 17,83% de l'inertie totale.

Tableau 20. Modalités contribuant à l'axe 1.

Modalité	Contribution	Qualité	Signe de la coordonnée
Expériences formelles	0.1650	0.8641	+
Opticien	0.1365	0.7157	+
Magasin d'optique	0.1315	0.6808	+
Orthoptiste	0.0451	0.3646	+
Généraliste	0.0450	0.5090	-
Spécialiste	0.0404	0.5111	+
Ergothérapeute	0.0369	0.3195	-
Suivi de patient atteint d'une maladie chronique	0.0253	0.3656	-
Expériences informelles	0.0249	0.4989	-
Diagnostic de situation	0.0234	0.3522	-
Aide de patient handicapé	0.0189	0.1714	-
Décision sur la suite de la prise en charge	0.0180	0.3383	-
Procédure curative	0.0167	0.2346	-
Acte technique	0.0112	0.2435	+



Expériences informelles
Généraliste
Ergothérapeute
Suivi de patient atteint d'une maladie chronique
Diagnostic de situation
Aide de patient handicapé
Décision sur la suite de la prise en charge

Expériences formelles
Opticien
Magasin d'optique
Orthoptiste
Spécialiste
Acte technique

Sur ce premier axe, les expériences informelles impliquant un généraliste et un ergothérapeute s'opposent aux expériences formelles entre un opticien / orthoptiste et un spécialiste dans un magasin d'optique.

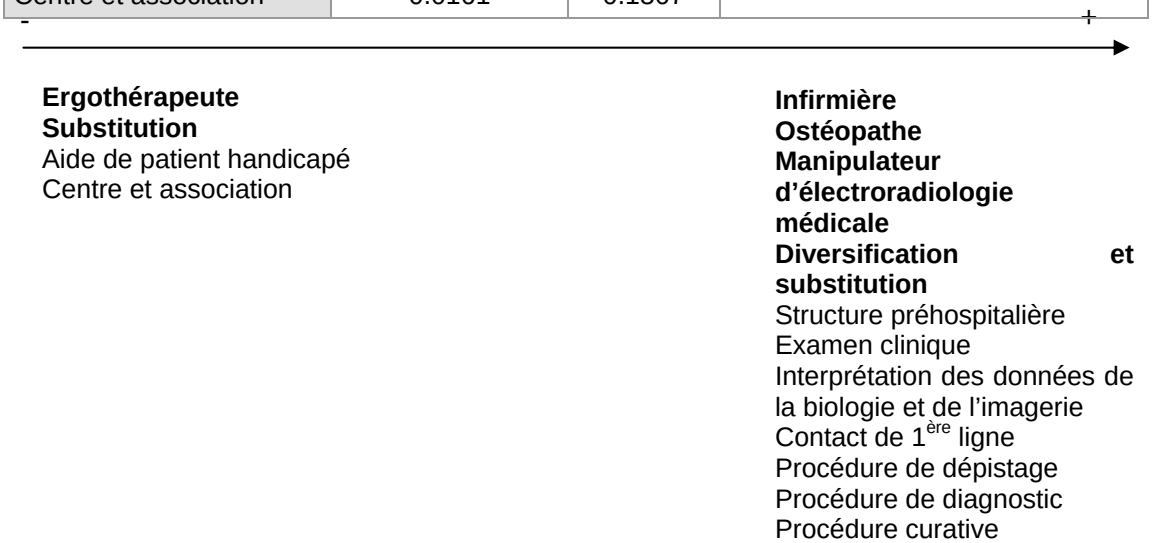
Ainsi, d'un côté, les professionnels non médicaux effectuent un suivi de patient atteint d'une maladie chronique, un diagnostic de situation, de l'aide aux patients handicapés et décident sur la suite de la prise en charge, et de l'autre, ils effectuent des actes techniques.
Notons que les tâches des coopérations sont assez mal représentées sur l'axe (qualité faible).

Axe 2

Le deuxième axe contribue pour 15,44% de l'inertie totale.

Tableau 21. Modalités contribuant à l'axe 2.

Modalité	Contribution	Qualité	Signe de la coordonnée
Examen clinique	0.0760	0.6562	+
Interprétation des données de la biologie et de l'imagerie	0.0709	0.5263	+
Contact de 1ère ligne	0.0646	0.5386	+
Procédure de dépistage	0.0576	0.5280	+
Ergothérapeute	0.0561	0.4200	-
Aide de patient handicapé	0.0492	0.3866	-
Diversification et substitution	0.0488	0.4491	+
Infirmière	0.0469	0.4052	+
Procédure de diagnostic	0.0360	0.4711	+
Substitution	0.0347	0.4863	-
Structure préhospitalière	0.0290	0.2309	+
Ostéopathe	0.0223	0.1605	+
Manipulateur d'électroradiologie médicale	0.0167	0.1369	+
Procédure curative	0.0156	0.1894	+
Centre et association	0.0161	0.1567	-



Sur ce deuxième axe, les ergothérapeutes se voyant délégué l'aide aux patients handicapés dans les centres et associations s'opposent aux professionnels non médicaux (infirmière, ostéopathe, manipulateur) des structures préhospitalières qui effectuent des tâches à la fois de substitution et de diversification. En effet, ils effectuent des examens cliniques, des contacts de première ligne, des procédures de dépistage, de diagnostic et curatives, et enfin interprètent des données de la biologie et de l'imagerie.

Axe 3

Le troisième axe contribue pour 7,86% de l'inertie totale.

Tableau 22. Modalités contribuant à l'axe 3.

Modalité	Contribution	Qualité	Signe de la coordonnée
Pharmacie	0.1320	0.3987	+
Pharmacien	0.1191	0.3717	+
Suivi de patient avec une maladie aigüe	0.0602	0.3005	-
Structure préhospitalière	0.0582	0.2362	-
Diversification	0.0473	0.1924	+
Expression de besoins	0.0404	0.1675	+
Ostéopathe	0.0327	0.1200	+
Généraliste	0.0272	0.1357	+
Spécialiste	0.0257	0.1436	-
Structure hospitalière	0.0252	0.1641	-
Préparateur en pharmacie	0.0236	0.1190	+
Cabinet médical de ville en exercice individuel	0.0223	0.0950	+
Substitution	0.0216	0.1535	-
Procédure de diagnostic	0.0212	0.1415	-
Infirmière	0.0209	0.0919	-
Décision de prescription	0.0186	0.1614	-
Ergothérapeute	0.0182	0.0695	-
Examen clinique	0.0171	0.0750	-

Structure préhospitalière
Structure hospitalière
Spécialiste
Substitution
Infirmière
Ergothérapeute
Suivi de patient avec une maladie aigüe
Procédure de diagnostic
Décision de prescription
Examen clinique

Pharmacie
Pharmacien
Diversification
Expression de besoins
Généraliste
Préparateur en pharmacie
Cabinet médical de ville en exercice individuel
Ostéopathe

Sur ce troisième axe, les modalités ont une qualité de représentation relativement faible.

Le premier groupe est assez hétérogène : il rapproche les coopérations entre un spécialiste et une infirmière ou un ergothérapeute dans les structures hospitalières ou préhospitalières. Ces coopérations portent principalement sur des tâches de substitution : suivi de patient avec une maladie aigüe, procédure de diagnostic, décision de prescription et examen clinque.
Il s'oppose à un groupe plus homogène : les coopérations en pharmacie impliquant un pharmacien, un préparateur en pharmacie et un généraliste. A l'opposé, les tâches des professionnels non médicaux portent sur une logique de diversification.
Notons que les modalités ostéopathes et cabinet médical de ville en exercice individuel ont une qualité de représentation faible.

2 Les expériences informelles

Tableau 23. Chemins de coopération impliquant un médecin spécialiste dont la spécialité est renseigné.

Spécialités des médecins impliqués	Professionnels non médicaux impliqués
ORL[16]	Sage-femme (1)
Anesthésiste	Infirmière anesthésiste (4)
Biologiste	Infirmière (1)
Cardiologue	Infirmière (1) / pharmacien (1)
Chirurgien thoracique et vasculaire	Infirmière (1)
Dermato-vénérologue	Infirmière (1)
Endocrinologue	Infirmière (1) / diététicien (1)
Gastro-entérologue	Infirmière (1)
Gynécologue	Infirmière (1)
Gériatre	Infirmière (3)
Médecin vasculaire	Kinésithérapeute (1)
Ophtalmologue	Infirmière (1) / opticien (2) / orthoptiste (1)
Psychiatre	Infirmière (3) / psychologue (1)
Radiologue	Manipulateur d'électroradiologie médicale (1)
Urgentiste	Infirmière (6, dont 4 sapeurs pompiers)
Urologue	Infirmière (1)

Tableau 24. Chemin des coopérations lorsqu'il y a plus d'un professionnel de santé non médical.

1er acteur médical	2ème acteur médical	3ème acteur médical	1er acteur paramédical	2ème acteur paramédical	3ème acteur paramédical
dentiste			infirmière	diététicien	
généraliste	spécialiste		pharmacien	pédicure	
généraliste			ergothérapeute	kinésithérapeute	
généraliste	spécialiste		ergothérapeu	cadre de santé	

[16] A titre indicatif, soulignons que la coopération entre le médecin ORL et une sage-femme prend ici un sens dans un contexte de dépistage systématique des troubles de l'audition chez le nouveau né.

			te		
généraliste			diététicien	pédicure	
généraliste	spécialiste		infirmière	pharmacien	kinésithérapeute
généraliste	spécialiste		infirmière	aide-soignante	
généraliste	spécialiste		biologiste	infirmière	
spécialiste			infirmière anesthésiste	infirmier sapeur pompier	infirmier SMUR
spécialiste	généraliste		kinésithérapeute	ostéopathe	
spécialiste (cardiologue)	spécialiste (neurologue)	généraliste	pharmacien	infirmière	
spécialiste (endocrinologue)			diététicien	kinésithérapeute	
spécialiste (gériatre)			infirmière	cadre de santé	
spécialiste (ophtalmologue)			infirmière	orthoptiste	opticien
spécialiste (ORL)			sage-femme	puéricultrice	
spécialiste (psychiatre)			psychologue	infirmière	

➢

Tableau 25. Répartition des témoignages de coopérations informelles selon le bassin d'activité.

Bassin d'activité	Effectif	Pourcentage
Périurbain	30	16
Rural	31	17
Semi-rural	30	16
Urbain	**92**	**50**
Total	183	100

Tableau 26. Répartition des témoignages de coopérations informelles selon la région

Région	Effectif	Pourcentage
Alsace	4	3
Aquitaine	4	3
Auvergne	3	2
Basse-Normandie	2	1
Bourgogne	4	3
Bretagne	11	7
Centre	3	2
Champagne-Ardennes	4	3
DOM	5	3
Franche-Comté	4	3
Haute-Normandie	3	2
Ile-de-France	28	18
Languedoc-Roussillon	6	4
Limousin	1	1
Lorraine	3	2
Midi-Pyrénées	10	6
Nord-Pas de Calais	10	6
PACA	14	8
Pays de Loire	15	9
Picardie	4	3
Poitou-Charentes	5	3
Rhône-Alpes	15	9
Total	158	100

Tableau 27. Répartition des expériences informelles selon les lieux et les professionnels non médicaux.

Effectif Pourcentage colonne	cabinet médical de ville en exercice de groupe	cabinet médical de ville en exercice individuel	cabinet paramédical	centre et association	pharmacie	réseau	structure hospitalière	structure préhospitalière
aide soignante	0	0	0	1	0	0	0	0
	0.00	0.00	0.00	3.23	0.00	0.00	0.00	0.00
assistante sociale	0	0	0	0	0	0	1	0
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.18	0.00
biologiste	0	0	0	0	0	0	1	0
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.18	0.00
diététicien	1	1	0	0	0	0	5	0
	12.50	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	5.88	0.00
ergothérapeute	0	2	13	23	0	1	39	0
	0.00	**33.33**	**59.09**	**74.19**	0.00	20.00	**45.88**	0.00
infirmière	3	0	7	5	0	1	31	9
	37.50	0.00	**31.82**	16.13	0.00	20.00	**36.47**	100.00
kinésithérapeute	1	1	1	0	0	1	1	0
	12.50	16.67	4.55	0.00	0.00	20.00	1.18	0.00
manipulateur d'électroradiologie médicale	2	0	1	0	0	0	4	0
	25.00	0.00	4.55	0.00	0.00	0.00	4.71	0.00
opticien	1	0	0	1	0	0	0	0
	12.50	0.00	0.00	3.23	0.00	0.00	0.00	0.00
orthoptiste	0	1	0	0	0	0	0	0
	0.00	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
ostéopathe	0	0	0	1	0	0	1	0
	0.00	0.00	0.00	3.23	0.00	0.00	1.18	0.00
pharmacien	0	1	0	0	10	2	0	0
	0.00	16.67	0.00	0.00	100.00	40.00	0.00	0.00
psychologue	0	0	0	0	0	0	1	0
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.18	0.00
sage-femme	0	0	0	0	0	0	1	0
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.18	0.00

Tableau 28. Répartition des expériences impliquant un généraliste en fonction de la nature de la coopération et les principaux délégataires concernés (en %).

	Généraliste		
	Ergothérapeute	**Infirmière**	**Pharmacien**
Diversification	0	36	15
Substitution	90	29	15
Diversification/Substitution	10	36	69

Tableau 29. Répartition des expériences impliquant un spécialiste en fonction de la nature de la coopération et les principaux délégataires concernés.

	Spécialiste			
	Infirmière	**Ergothérapeute**	**Manipulateur**	**Diététicien**
Diversification	14	0	0	67
Substitution	40	100	33	0
Diversification/Substitution	46	0	67	33

3 Les expériences formelles

Tableau 30. Répartition des témoignages de coopérations formelles selon les champs, les objets et les professionnels (en %).

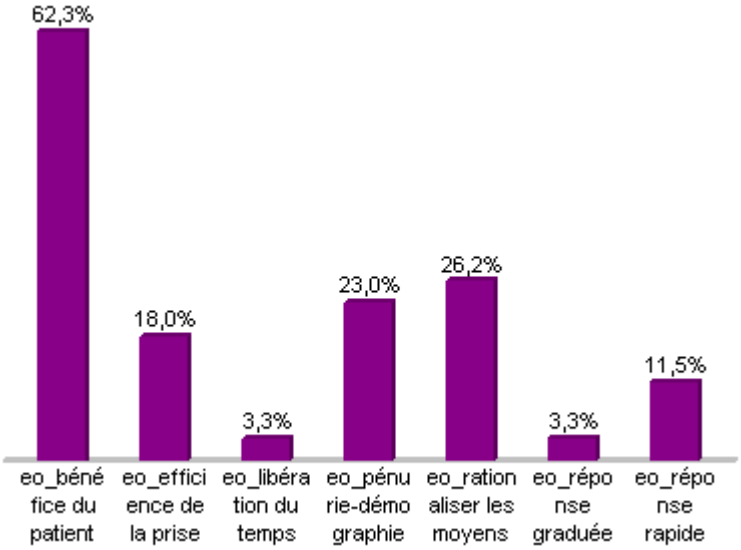
	Qui délègue ? : Spécialiste			
	A qui ?			
	Opticien	**Orthoptiste**	**Infirmière**	**Psychologue**
contact de première ligne pour un problème de santé non identifié	8.33%	33.33%	50%	0
suivi de patient avec une maladie chronique	12.50%	25%	0	100%
suivi de patient avec une maladie aigüe	4.17%	0	0	0
aide de patient handicapé	0	0	0	0
éducation thérapeutique et promotion de la santé	0	0	50%	0
procédure de dépistage	37.50%	75%	0	0
procédure de prévention	45.83%	33.33%	50%	100%
procédure de diagnostic	37.50%	75%	50%	0
procédure curative	4.17%	16.67%	50%	100%
acte technique	**83.33%**	100%	100%	0
examen clinique	4.17%	50%	100%	0
interprétation des données de la biologie et de l'imagerie	0	0	0	0
diagnostic de situation	16.67%	8.33%	100%	100%
décision sur la suite de la prise en charge	29.17%	25%	50%	100%
décision de prescription	**58.33%**	8.33%	0	0

4 Sélection de témoignages portant sur des expériences singulières entre professionnels de santé

- Un médecin du travail exerce en collaboration avec une infirmière de santé au travail, sur la prise en charge de conducteurs de transports urbains, en souffrance, suite à un accident de circulation ou à une agression. Selon le répondant, la réactivité et la disponibilité du service de santé au travail peuvent permettre un accompagnement de qualité, facilitant la continuité ou le retour de l'agent à son poste de travail dans de bonnes conditions psychiques.
- L'infirmière réalise un ou deux entretiens téléphoniques et lorsqu'elle le juge pertinent, suggère une consultation avec le médecin, qui pourra éventuellement l'adresser au service SAMU psy.
- Un autre témoignage porte sur le rôle d'une puéricultrice coordinatrice en hémophilie. Celle-ci réalise des suivis des bilans sanguins prescrits et protocolisés individuellement, elle propose également à l'enfant et à sa famille des consultations d'éducation thérapeutique, ainsi que des conseils téléphoniques à la famille en cas d'urgence. Il lui est possible, dans ce cas, de prescrire une fraction anti hémophilique protocolisée. Cette prescription est ensuite validée par le médecin hématologue coordonnateur.
- Une expérience concerne la réalisation de séances d'éducation thérapeutique par des infirmières pour les patients souffrants d'insuffisance cardiaque. Dans le cadre d'une hospitalisation de jour, le patient consulte le cardiologue et rencontre différents intervenants, tels qu'un kinésithérapeute, une diététicienne et un infirmier. Une synthèse est établie pour chaque patient, à la fin de la journée.
- Un questionnaire nous apprend que le manque de praticiens radiologues a conduit certaines petites structures à développer des pratiques collaboratives entre le radiologue et les manipulateurs au moyen d'outils de téléinterprétation. Le répondant évoque la notion de « glissement de tâches et de responsabilités quant à l'interprétation des prescriptions de radiographies », dans la mesure où le manipulateur est souvent sollicité pour réaliser une pré interprétation des clichés, pourtant non reconnue institutionnellement.
- A l'annonce du traitement par hémodialyse, le médecin propose au patient et son conjoint de rencontrer une infirmière en consultation pour poser leurs questions sur la suite du projet thérapeutique, sur leurs inquiétudes, et évoquer leurs réactions quant au nouveau traitement. Elle les informe également des différents modes de traitement de l'insuffisance rénale.
- Cette consultation dure entre 30 et 60mn et un compte rendu écrit est réalisé par l'IDE consultante et est transmis au médecin.
- Un kinésithérapeute réalise un travail de rééducation des sphincters et de la fonction ano-rectale, dans le cadre de pathologies fonctionnelles, de pathologies organiques en pré et post-opératoire. Cette activité nécessite selon ce professionnel une meilleure coordination des acteurs autour des patients, une réflexion sur le partage des tâches, une plus grande protocolisation et l'instauration d'un code de déontologie.
- Des infirmières sont sollicitées pour pallier le manque de médecins psychiatres spécialisés en gérontologie. Cette situation a conduit les infirmières à « commettre des glissements de fonction », dans la mesure où elles réalisent actuellement des consultations de première intention.
- Leur rôle consiste à évaluer la situation individuelle du patient en tenant compte de son environnement psycho-social, et de proposer éventuellement un suivi infirmier, un suivi en groupe (ateliers thérapeutiques), un aménagement du traitement médicamenteux, l'organisation d'une consultation médicale ou de son admission en service de psychiatrie.

5 Les objectifs et les besoins de la mise en place des nouvelles formes de coopération

Figure 3. Objectifs des coopérations selon l'ensemble des répondants.



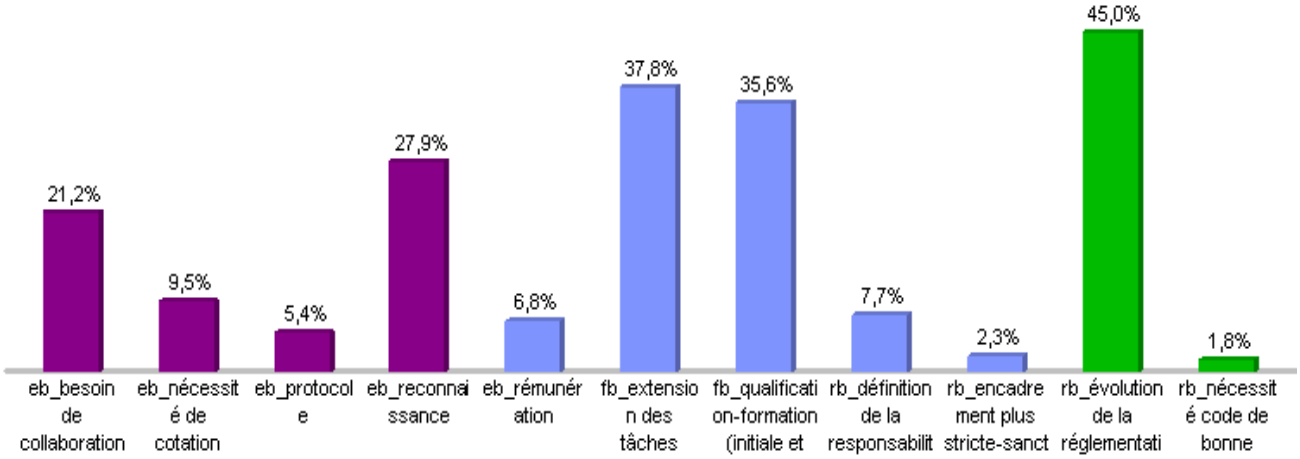


Figure 4 : Besoins des coopérations selon l'ensemble des répondants

Tableau 31. Objectifs des coopérations informelles, parmi ceux qui ont fait des commentaires.

	Frequency	Pct
eo_bénéfice du patient	21	61,8%
eo_rationaliser les moyens	12	35,3%
eo_pénurie-démographie médicale	6	17,6%
eo_réponse rapide	6	17,6%
eo_efficience de la prise en charge	5	14,7%
eo_réponse graduée	2	5,9%
eo_libération du temps médical	1	2,9%
Total / répondants	34	155,9%

Tableau

Tableau 32. Besoins des coopérations informelles, parmi ceux qui ont fait des commentaires.

	Frequency	Pct
eb_besoin de collaboration	24	18,8%
eb_nécessité de cotation	12	9,4%
eb_protocole	8	6,3%
eb_reconnaissance	31	24,2%
eb_rémunération	6	4,7%
fb_extension des tâches	69	53,9%
fb_qualification-formation (initiale et continue)	43	33,6%
rb_définition de la responsabilité	8	6,3%
rb_encadrement plus stricte-sanction	1	0,8%
rb_évolution de la réglementation	72	56,3%
rb_nécessité code de bonne conduite, déontologie	1	0,8%
Total / répondants	128	214,8%

Tableau 33. Nature des commentaires selon le contexte des coopérations.

	diversification		diversificatio-substitution		substitution	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
économie	11	39,3	16	27,1	32	21,8
formation	10	35,7	26	44,1	63	42,9
juridique	7	25,0	17	28,8	52	35,4
Total	28	100,0	59	100,0	147	100,0

Tableau 34. Objectifs des coopérations formelles, parmi ceux qui ont fait des commentaires.

	Frequency	Pct
eo_bénéfice du patient	2	66,7%
eo_efficience de la prise en charge	1	33,3%
eo_libération du temps médical		
eo_pénurie-démographie médicale	2	66,7%
eo_rationaliser les moyens	1	33,3%
eo_réponse graduée		
eo_réponse rapide		
Total / répondants	3	200,0%

Tableau 35. Besoins des coopérations formelles, parmi ceux qui ont fait des commentaires.

	Frequency	Pct
eb_besoin de collaboration	3	17,6%
eb_nécessité de cotation	2	11,8%
eb_protocole	1	5,9%
eb_reconnaissance	2	11,8%
eb_rémunération	1	5,9%
fb_extension des tâches	1	5,9%
fb_qualification-formation (initiale et continue)	11	64,7%
rb_définition de la responsabilité	2	11,8%
rb_encadrement plus stricte-sanction	3	17,6%
rb_évolution de la réglementation	6	35,3%
rb_nécessité code de bonne conduite, déontologie	2	11,8%
Total / répondants	17	200,0%

6 Questionnaire de l'enquête « Appel à expériences sur les nouvelles formes de coopération »

Enquête sur les nouveaux modes de coopérations entre les médecins et d'autres professionnels

Merci d'indiquer vos coordonnées

Nom (facultatif)	
Prénom (facultatif) :	
Adresse professionnelle (facultative) :	
Code Postal	
Coordonnées téléphoniques (facultatives) :	
Email (facultatif) :	

Le questionnaire est rempli par :

- ☐ à titre individuel (un professionnel médical)
- ☐ à titre individuel (un autre professionnel intervenant dans le champ de la santé)
- ☐ une équipe de professionnels

Professions médicales (code de la santé publique) :

- ☐ médecin généraliste
- ☐ médecin spécialiste, merci de préciser la ou les spécialités:
- ☐ chirurgien dentiste
- ☐ sage-femme

Autres professions de santé (code de la santé publique) :

- ☐ pharmacien
- ☐ infirmière
- ☐ masseur-kinésithérapeute
- ☐ pédicure-podologue
- ☐ ergothérapeute
- ☐ psychomotricien
- ☐ orthophoniste
- ☐ orthoptiste

- ☐ manipulateurs d'électroradiologie médicale
- ☐ audioprothésiste
- ☐ opticien-lunetier
- ☐ diététicien

Autres professions

- ☐ Assistant dentaire
- ☐ Aide-soignante
- ☐ Autre, merci de préciser : _____

Statut des professionnels impliqués dans la coopération :

Professionnels médicaux	**Autres professionnels**
☐ Salariés	☐ Salariés
☐ Libéraux	☐ Libéraux
☐ Salariés et libéraux	☐ Salariés et libéraux

Lieux d'exercice de la coopération décrite (une seule réponse est possible) :

- ☐ **Cabinet médical de ville en exercice individuel**
- ☐ **Cabinet médical de ville en exercice de groupe**

Merci de préciser la spécialité (dentaire, ophtalmologie, etc...) : _____

- ☐ **Structure paramédicale**

Merci de préciser (maison du diabète par ex) : _____

- ☐ **Structure hospitalière**

	Statut	Département concerné par la coopération
	☐ public	☐ MCO
	☐ privé non lucratif : CLCC	☐ SSR
	☐ privé non lucratif : PSPH	☐ Maternité
	☐ privé non lucratif : non PSPH	☐ autre, merci de préciser :
	☐ privé lucratif	_____

- ☐ **SSIAD**
- ☐ **Autre, merci de préciser :** _____

Bassin d'activité

- ☐ Rural
- ☐ Semi-rural
- ☐ Péri-urbain
- ☐ Urbain

Contexte de la coopération :

- ☐ Nouvelle répartition des rôles sur une activité déjà existante
- ☐ Emergence d'une nouvelle prestation avec une répartition innovante des rôles

Année de mise en place de la nouvelle modalité de travail :

☐

Champ 1 de la coopération :

- ☐ Contact de première ligne pour un problème de santé non identifié
- ☐ Suivi de patient avec une maladie chronique
- ☐ Suivi de patient avec une atteinte aiguë
- ☐ autre, merci de préciser :

Champ 2 de la coopération (plusieurs réponses sont possibles) :

- ☐ Procédure de dépistage (repérage d'une maladie)
- ☐ Procédure de prévention
- ☐ Procédure de diagnostic (examens cliniques et para-cliniques de confirmation)
- ☐ Procédure curative
- ☐ Autre, merci de préciser :

Objet de la coopération (plusieurs réponses sont possibles) :

- ☐ Acte technique
- ☐ Examen clinique
- ☐ Interprétation des données de la biologie et de l'imagerie
- ☐ Diagnostic de situation
- ☐ Décision sur la suite de la prise en charge
- ☐ Décision de prescription (traitements, examens complémentaires, etc...)

L'objet de la coopération nécessite-t-il une supervision systématique par un médecin ? (plusieurs réponses sont possibles)

- ☐ Prescription individualisée pour chaque patient
- ☐ Validation a posteriori de chaque cas
- ☐ Validation a posteriori de certains cas
- ☐ Non

Existe-t-il un protocole médical écrit ?

- ☐ Un protocole médical est appliqué dès lors qu'il fait l'objet d'une prescription
- ☐ Un protocole médical est appliqué sans prescription formalisée et individualisée
- ☐ Non

Cette nouvelle modalité de travail implique-t-elle un entretien en face-à-face entre le patient et le professionnel impliqué ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Selon vous, la généralisation de cette nouvelle façon de travailler demande-t-elle (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Une modification des textes réglementaires
- ☐ Une modification de la formation initiale des professions de santé concernées
- ☐ Une modification de la formation continue des professions de santé concernées
- ☐ Aucune modification
- ☐ Ne sais pas

La généralisation de cette nouvelle façon de travailler demande une modification, préciser :

Merci de nous décrire la coopération entre professionnels médicaux et autres professionnels intervenant dans le champ de la santé à laquelle vous participez : Quel intitulé lui donneriez-vous ? Exemple : possibilité pour une infirmière de reconduire un traitement à la date de renouvellement

Quel est le champ médical concerné (patients, pathologie) ?

Pouvez-vous décrire le parcours du patient en précisant bien le rôle de chaque professionnel ?

Merci de compléter avec toute autre précision qui vous semble pertinente