

**Dossier** (pages 1, et 3 à 5)

Qualité des soins : les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé



Qualité des soins

## Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé

*Améliorer la qualité des soins, reconnaître les pratiques actuelles de coopération entre professionnels de santé, mieux organiser la prise en charge des patients dans un contexte de baisse annoncée du nombre de médecins, renforcer l'attractivité des professions de santé... Ce sont là les enjeux des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Dans une recommandation récemment publiée, la HAS a étudié ces coopérations, et plaide pour une vaste évolution du système de santé.*

**Balises** (page 2)**Actualité de la HAS****L'essentiel sur** (page 6)

Suivi de la grossesse

**Nouvelles  
recommandations  
professionnelles****Horizon** (page 7)Certification des établissements  
de santé**Un dispositif plus ciblé pour  
2010****Terrain** (page 8)

Maisons de santé

**L'union pour la qualité**

Définies comme le partage des rôles entre médecins et autres professionnels de santé, les « coopérations entre professionnels de santé » constituent un enjeu majeur de l'amélioration de la qualité des soins. Elles traduisent les évolutions des pratiques, des comportements, des techniques et des produits de santé. Elles participent également à la reconnaissance de la valeur et de la place croissante que prennent certaines professions de santé – le métier d'infirmier notamment. Il s'agit, en effet, de reconnaître leurs compétences dans la pratique de certains actes, d'améliorer leurs conditions de travail et leurs possibilités d'évolution de carrière. Enfin, les coopérations visent à optimiser l'activité de chaque professionnel et, ainsi, à créer du « *temps médical et paramédical disponible* ». Autrement dit, dans un contexte de diminution du nombre de médecins, utiliser avec plus d'efficacité les compétences des uns et des autres.

Par nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, il faut entendre deux

choses : une « *nouvelle répartition des tâches existantes, dans une logique de substitution* » et une « *répartition de nouvelles tâches, dans une logique de diversification des activités* ».

Sur le terrain, il existe déjà des pratiques de coopération modifiant la répartition traditionnelle des rôles et des tâches entre médecins et autres professionnels de santé. Elles restent cependant mal connues et peu compatibles avec les textes réglementaires en vigueur. D'où la nécessité de les reconnaître pour les encadrer juridiquement, ce qui signifie :

- intégrer de telles démarches dans un cadre de qualité et de sécurité pour le patient ;
- redéfinir le contour des métiers et la répartition des activités afin d'optimiser l'activité de chaque professionnel, de reconnaître les ...

**Lire :**• La suite du **Dossier** pages 3 à 5.• **Questions à...** Marie-Hélène Lorreyte, cadre supérieur infirmier à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris, page 4.



**Dr Claude Maffioli**  
Président  
de la Commission  
d'évaluation des actes  
professionnels

© DR

*Parce que la médecine évolue de manière permanente, parce que la prise en charge pluridisciplinaire du patient s'intensifie, il est légitime de s'interroger régulièrement sur la juste répartition des tâches des professionnels de santé.*

*La HAS a été chargée par le ministre de rédiger une recommandation sur les conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : nouvelle répartition des tâches existantes, répartition de tâches nouvelles, nouveaux métiers.*

*L'objectif est d'améliorer la qualité du service rendu aux patients et la capacité du système de santé à répondre aux besoins de la population.*

*La méthodologie employée conjugue les résultats de diverses sources : des expérimentations de terrain, une enquête Internet, des travaux de trois groupes thématiques et – originalité à souligner – une consultation publique.*

*Après avoir diagnostiqué les freins multiples qui rendent difficiles, voire impossibles, les mutations et adaptations indispensables, la HAS définit les éléments d'une réforme en profondeur portant sur trois secteurs : la formation, le juridique et l'économique.*

*Le cadre rénové permet de créer l'environnement et les conditions nécessaires et propices pour mener à bien une vraie politique de répartition des tâches permanente, généralisable et reproductible.*

*Il faut maintenant que tous les acteurs concernés – professionnels de santé, institutionnels, parlementaires et usagers – s'approprient cette impérieuse nécessité.*

**Éditeur :**  
Haute Autorité de santé  
2, avenue du Stade-de-France  
93218 SAINT-DENIS-  
LA PLAINE CEDEX  
Tél. : 01 55 93 70 00  
Fax : 01 55 93 74 00  
www.has-sante.fr

**Comité éditorial :**  
Étienne Caniard,  
Arielle Fontaine,  
Michèle Hébert-Demay,  
François Romaneix,  
Christiane Rossatto.

**Rédaction  
et réalisation :**  
Citizen Press  
Tél. : 01 53 00 11 68

**Directeur de la publication :**  
Laurent Degos

Dépôt légal : juin 2008 –  
Tirage : 12 000 exemplaires. ISSN : 1950 3318

# Actualité de la HAS

## La HAS à Hôpital Expo

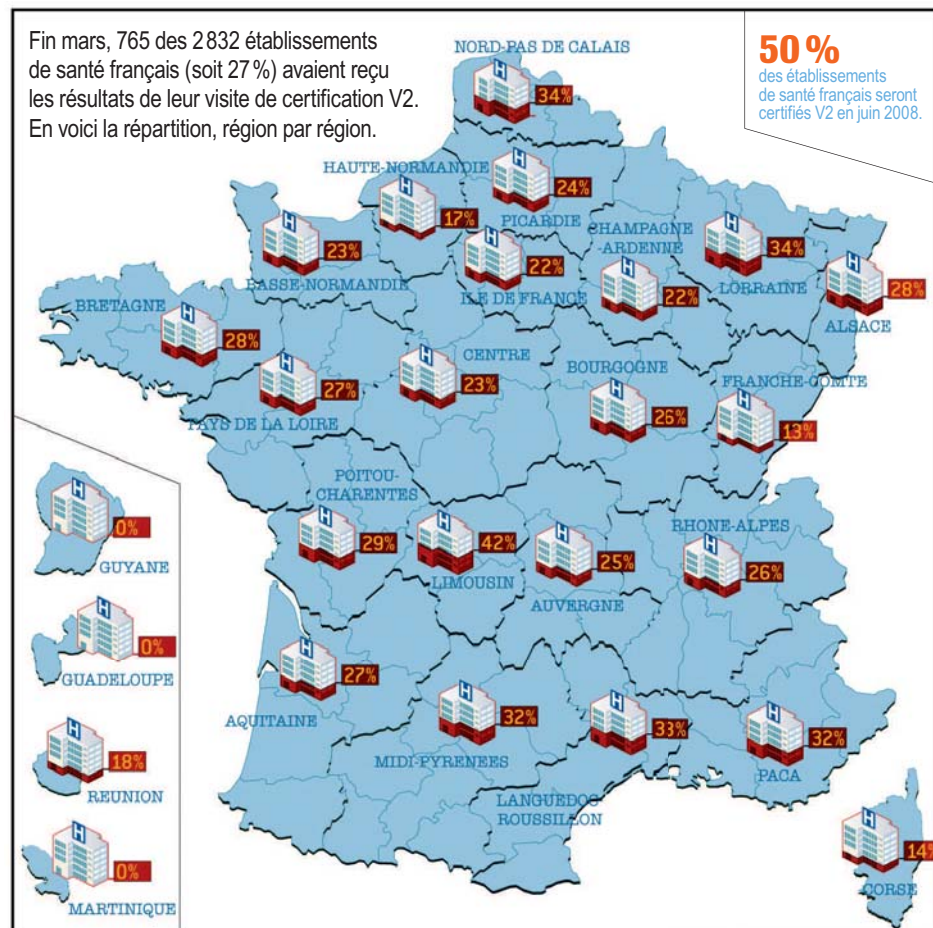
La HAS participera à la 22<sup>e</sup> édition d'Hôpital Expo-Intermedica, rendez-vous incontournable du monde de la santé hospitalière qui se tiendra cette année du 27 au 30 mai à Paris Expo, porte de Versailles, à Paris. L'institution y animera trois conférences dans le cadre du Forum de l'hôpital public et du secteur social et médico-social organisé par la Fédération hospitalière de France (FHF) sur les thèmes : « Indicateurs qualité : de la certification au pilotage interne des établissements », « Déploiement des dispositifs d'EPP et accréditation des médecins : enjeux et limites » et « La certification V 2010 : évolution et calendrier de mise en œuvre ». La HAS organisera par ailleurs sur son stand un atelier sur « l'EPP en établissement de santé ». **Pour en savoir plus : [www.hopitalexpo-intermedica.com](http://www.hopitalexpo-intermedica.com)**

## Nouvelle organisation pour la HAS

Sur proposition de son directeur, François Romaneix, le président, Laurent Degos, et le Collège de la HAS ont adopté une nouvelle organisation. L'institution se structure désormais en deux directions, correspondant à ses deux missions principales : l'évaluation des médicaments, des actes, des dispositifs et des actions de santé publique, d'une part ; l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, d'autre part. **Pour en savoir plus : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)**

## La certification des établissements de santé au 31 mars 2008

Fin mars, 765 des 2832 établissements de santé français (soit 27 %) avaient reçu les résultats de leur visite de certification V2. En voici la répartition, région par région.





(suite de la page 1)

...compétences, de valoriser celles-ci financièrement et d'ouvrir de nouvelles voies professionnelles.

## Expérimentations et consultation publique

Initiés en décembre 2003, les premiers travaux sur la coopération entre professionnels de santé, conduits sous l'égide du P<sup>r</sup> Yvon Berland, avaient déjà permis de lancer et d'évaluer de premières expérimentations. Afin d'approfondir ces enseignements et de proposer des pistes de concrétisation, le ministre de la Santé et des Solidarités de l'époque, Xavier Bertrand, avait alors chargé la Haute Autorité de santé de travailler sur les conditions de mise en place de nouvelles formes de coopérations. Menés en collaboration avec l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS), ces travaux ont abouti à une recommandation, adoptée en avril 2008.

La HAS avait, dans un premier temps, publié un projet de recommandation qu'elle avait présenté à tous les acteurs de santé lors des Rencontres HAS 2007 des 17 et 18 décembre derniers, et qu'elle avait soumis à consultation publique jusqu'au 31 janvier. « Une première pour une recommandation, explique Sandrine Chambaret, co-coordinatrice de ce projet. Si la HAS a décidé de lancer cette consultation publique, d'ailleurs très positive dans ses résultats, c'est qu'il était important d'associer tous les acteurs de santé ainsi que les patients sur un thème aussi fondamental que la coopération. »

Cette consultation publique était la dernière étape d'un dispositif adapté à la complexité de la problématique des nouvelles formes de coopération. « Nous avons combiné plusieurs approches méthodologiques : expérimentations avec évaluations quantitative et qualitative, mise en place de groupes de travail autonomes sur des thèmes stratégiques, enquête Internet sur les pratiques existantes, réunions d'information et de consultation avec les représentants de professionnels et d'institutions, large communication », précise Fabienne Midy, autre co-coordinatrice du projet.

Les auteurs de la recommandation se sont reposés, d'une part, sur l'étude des expériences internationales (plusieurs pays comme le Royaume-Uni, les États-Unis et le Canada sont très avancés dans ce domaine) et, d'autre

part, sur les évaluations des deux vagues d'expérimentations conduites en France entre décembre 2003 et octobre 2007. Inscrites dans des démarches volontaires et autorisées par les arrêtés de décembre 2004 et mars 2006, quatorze expérimentations ont ainsi été évaluées selon plusieurs critères : leur faisabilité, leur acceptabilité par les patients comme par les professionnels, la qualité et la sécurité des soins dispensés dans le cadre d'une nouvelle forme de coopération. Prenons l'exemple d'une expérimentation effectuée dans plusieurs sites : le CHU de Rouen, l'hôpital de Metz et la clinique Pasteur à Toulouse. Il s'agissait de confier aux manipulateurs en électroradiologie médicale la réalisation de cinq actes d'échographie (les échographies de l'abdomen et de la thyroïde, les écho-Doppler artériels des troncs supra-aortiques et des artères des membres inférieurs, les écho-Doppler veineux des membres inférieurs) pour voir s'ils pouvaient produire des informations et des images optimales permettant au médecin d'établir un diagnostic. Les résultats de ce test ont été « globalement positifs en termes de qualité et de gain de temps pour les médecins », comme l'expliquait, lors des Rencontres HAS 2007, Jean-Nicolas Dachet, professeur de radiodiagnostic et d'imagerie médicale au CHU de Rouen.

## Un accueil très favorable

« Si la mise en place des expérimentations et de leur évaluation a pu rencontrer quelques difficultés, tant du point de vue organisationnel que méthodologique, ces dernières ont été surmontées pour la plupart, à la grande satisfaction des professionnels de terrain, complète Guillermo Jasso-Mosqueda, chargé du suivi des expérimentations au sein de la HAS. Les malades ont eux aussi apprécié le changement. « L'acceptabilité pour les malades a été étudiée au travers du taux de refus à participer aux expérimentations et, pour sept de ces expérimentations, à partir d'un questionnaire de satisfaction. Ce dernier a montré un accueil très favorable des malades vis-à-vis des nouvelles formes de coopération étudiées, le refus de participer aux expérimentations restait exceptionnel, note Guillermo Jasso-Mosqueda. Parmi les quatre expérimentations ayant formellement comparé la réalisation d'un même acte par un médecin et par un autre professionnel...



© Getty Images

Dossier

## Focus

### Le « Melbourne model »

En Australie, l'université de Melbourne met actuellement en place le « Melbourne model », à même de réformer la formation des professionnels de santé. Il comporte un tronc commun sur les trois premières années d'étude, moins axées sur la théorie que sur l'étude de cas cliniques, au travers notamment de vidéos. Objectifs : comprendre les causes des pathologies, repérer les différentes stratégies thérapeutiques envisageables et acquérir les compétences nécessaires au diagnostic et au soin. Par ailleurs, cette formation vise à encourager le partage des compétences « sans complexe » entre professions. Lors des travaux pratiques, chaque étudiant liste en effet les informations manquantes en vue de les obtenir auprès de différents spécialistes. Ce n'est qu'à l'issue des trois années qu'intervient le choix du cycle, long pour devenir médecin ou court pour s'orienter vers le paramédical. « Le Melbourne model mise sur une culture commune à tous les professionnels de santé, leur permettant d'acquérir un vocabulaire commun et une meilleure connaissance de ce que font les autres acteurs de soins », souligne Pierre Trudelle, chef de projet au service évaluation et amélioration des pratiques de la HAS.



## Marie-Hélène Lorreyte

Cadre supérieur infirmier à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris

### Pouvez-vous décrire l'expérimentation menée au sein du service de neuro-oncologie du P<sup>r</sup> Jean-Yves Delattre ?

Cette expérience visait à confier à une infirmière un rôle de suivi du patient souffrant d'une tumeur cérébrale ou suivant une chimiothérapie, du début à la fin de sa prise en charge au sein du service de neuro-oncologie<sup>1</sup>, ainsi qu'un travail de coordination ville-hôpital. L'idée était de mettre du lien entre la neurochirurgie, la radiothérapie, le médecin traitant, les soins palliatifs et, de fait, dans toute la chaîne de soins. Mais elle n'a pu se concrétiser que grâce à une excellente relation de confiance réciproque avec le P<sup>r</sup> Delattre, ainsi qu'au soutien de la direction du service infirmier et de notre institution.

### Quelles ont été les étapes de mise en place ?

Très vite, il nous est apparu nécessaire de former l'infirmière référente, afin qu'elle acquière de nouvelles compétences, lui permettant en particulier d'analyser efficacement la situation du patient et d'alerter le médecin en cas de complication ou de doute. Elle a donc suivi pendant six mois une double formation, théorique et pratique, afin d'acquérir des compétences pour la réalisation d'examens cliniques neurologiques, la lecture d'IRM, l'interprétation de résultats biologiques, ou encore pour faire des propositions thérapeutiques en matière de chimiothérapie, adapter les doses des antiépileptiques, etc. Il ne s'agissait pas de se substituer au médecin, mais d'améliorer la qualité et la continuité de la prise en charge. Pour ce faire, il nous a fallu lutter contre un certain conservatisme et donner des gages de sécurité. Voilà aussi pourquoi la formation s'avérait indispensable.

### À quel stade est intervenu le travail d'évaluation de la HAS ?

Nous avons, en fait, lancé l'expérimentation bien avant le rapport Berland, avec l'accord du direc-

teur de l'hôpital et de la direction du service de soins de l'AP-HP<sup>2</sup>. Lorsque ce rapport est paru, il m'a semblé nécessaire de faire évaluer cette expérimentation par des intervenants extérieurs au système hospitalier et de l'encadrer de règles officielles. C'est ainsi que notre travail est entré dans le cadre des expérimentations autorisées par la publication de l'arrêté dérogatoire de 2006. Il est important que l'on puisse poursuivre sur cette voie réglementaire en ce qui concerne la coopération entre professionnels de santé. D'ailleurs, l'Ordre national des infirmiers, prochainement élu, devrait se prononcer sur le sujet.

### Quels enseignements tirez-vous de cette coopération ?

Elle a permis un véritable saut qualitatif dans la prise en charge et le suivi des patients ! Nous anticipons mieux, notamment au niveau de l'organisation de la fin de vie, sujet toujours difficile à aborder... Avant d'avoir les résultats de l'évaluation de la HAS, il y avait déjà les témoignages, très favorables, des patients, des familles et des médecins. Rapidement, il est apparu que le temps médical libéré permettait aux médecins de se consacrer aux cas les plus difficiles et à la recherche, qu'il ne faut pas négliger car les patients et les familles en attendent beaucoup. D'après les premiers résultats de l'évaluation de la HAS, le taux de concordance entre l'infirmière et le médecin est de 97 % sur 80 patients (phase I relative au traitement chimiothérapeutique). La phase II d'évaluation en routine montre également d'excellents résultats. Ce travail en collaboration avec la HAS nous a beaucoup aidés à organiser notre pensée et à améliorer la gestion de cette expérimentation pour en assurer la pérennité. Des formes de coopération comme celles-ci intéressent au plus haut point les infirmiers en leur offrant des possibilités d'évolution.

1. Service de neuro-oncologie : service spécialisé dans le traitement et le suivi des tumeurs cérébrales.  
2. AP-HP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

... de santé, trois présentent une concordance supérieure à 95 % des deux avis, et la quatrième, malgré des écarts plus importants, a été jugée satisfaisante par les médecins. La qualité du processus, évaluée dans sept expérimentations, ne fait pas de doute : qualité des informations recueillies afin d'établir un diagnostic, suivi des patients, pertinence des propositions thérapeutiques. » En outre, trois des projets ont suivi l'évolution de paramètres biologiques ou cliniques : ils établissent une amélioration de ces paramètres au cours de l'expérimentation. L'impact économique n'a, en revanche, pas pu être évalué.

### Facteurs clés d'évolution

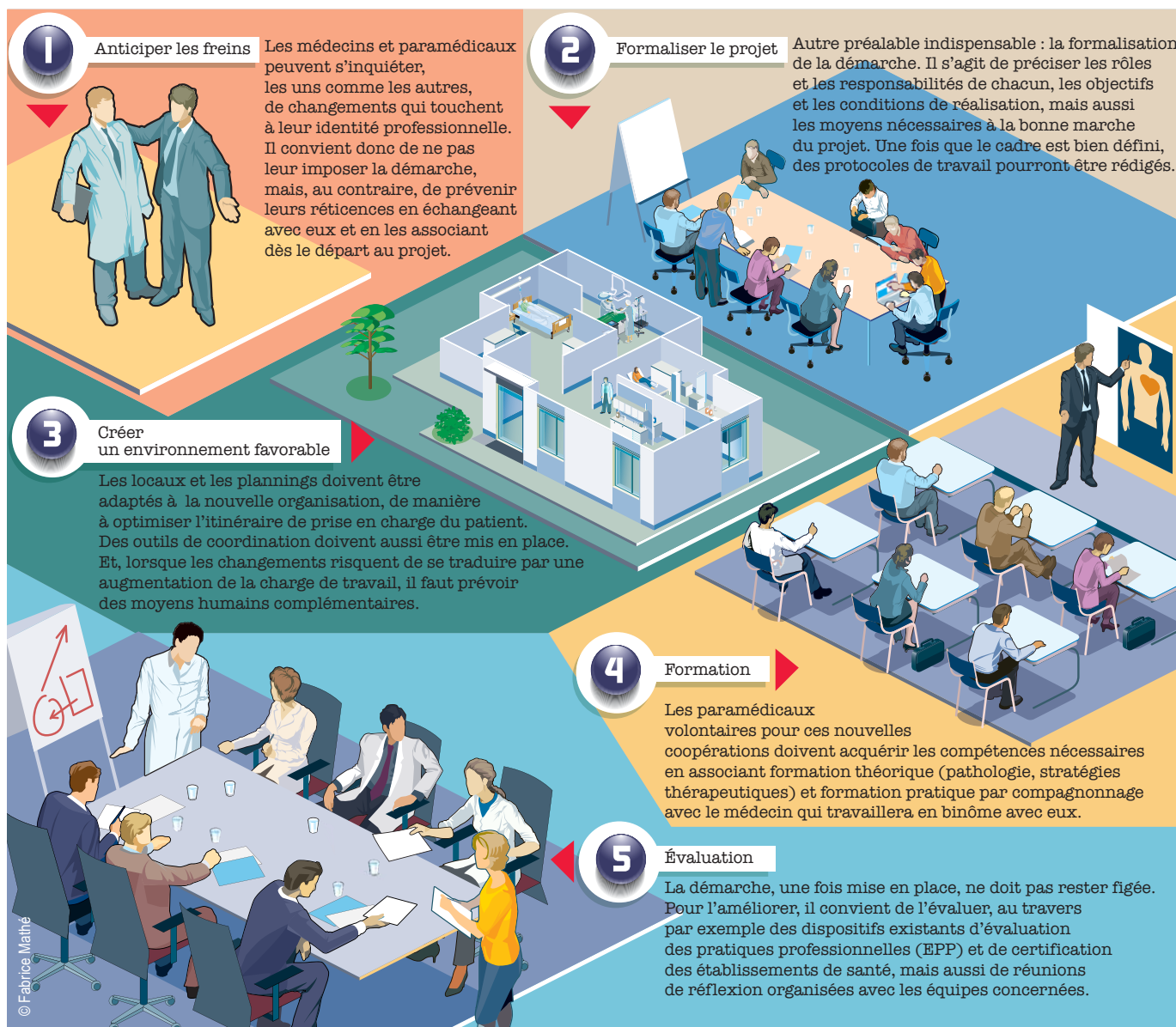
Très rapidement, les réflexions autour des nouvelles formes de coopération ont amené la HAS à identifier trois facteurs clés nécessaires à l'évolution des rôles des différents professionnels de santé, à savoir : le cadre juridique de l'exercice des professions de santé, les formations dont bénéficient les professionnels de santé et, enfin, le contexte économique et organisationnel de leur exercice. Pour chacun de ces thèmes, un groupe de travail a été constitué. Objectifs : proposer un état des lieux, identifier les freins au développement des nouvelles formes de coopération et les évolutions souhaitables à court et à long termes.

### Que faire ?

Agir, et vite. C'est en effet de la responsabilité des différentes institutions du monde de la santé que de favoriser ces nouvelles formes de coopération. Le projet de recommandation présenté par la HAS souligne que celles-ci seront « nécessairement limitées si des mesures plus structurelles ne sont pas mises en œuvre, tant en ce qui concerne la formation des professionnels de santé que le cadre juridique et économique de l'exercice de ces professions. » La HAS propose donc un certain nombre d'évolutions nécessaires au développement d'une politique ambitieuse de coopération entre professionnels de santé.

• Modifier de façon conséquente le cadre juridique. « L'un des blocages, notamment au niveau de la profession d'infirmiers, tient à la définition actuelle du décret d'actes, note

# Comment intégrer les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ?



Catherine Rumeau-Pichon, responsable du service évaluation économique et santé publique de la HAS. *Aujourd'hui, les actes hors décret sont interdits. Il faut adopter un système mixte, qui, tout en conservant une référence aux actes, définirait aussi les professions en fonction de leurs missions et de leurs limites sur des segments de prise en charge, afin de tenir compte des compétences réelles des professionnels.* » Ceci à l'instar de la Grande-Bretagne ou de la Suède, où les infirmiers possèdent une plus grande autonomie sur l'activité diagnostique et la possibilité de prescription. La notion de mission renvoie à l'idée d'un but à atteindre, tandis que celle de l'acte est plus technique. En termes juridiques, cela passera par le réagencement de l'article du code de la santé publique consacré à l'exercice illégal de la médecine. Sans oublier que les nouvelles formes de coopération

vont aussi de pair avec une adaptation des règles déontologiques : chaque profession doit connaître et reconnaître les limites de son champ de compétence.

- Renforcer l'offre de formation auprès des professionnels de santé... condition *sine qua non* pour élargir le cadre législatif de leurs fonctions. Cette formation devra être construite sur la base de référentiels préalablement établis dans le cadre du dispositif LMD (Licence-master-doctorat).
- Adapter les modalités de financement et de rémunération, qu'il s'agisse des grilles actuelles de rémunération des hôpitaux publics ou, pour la médecine de ville, du système de paiement à l'acte. Ces modalités ne sont pas adaptées aux nouvelles formes de coopération, en particulier dans les prises en charge spécifiques telles que celles des malades chroniques. Dans le secteur ambulatoire, plusieurs options

sont envisagées et devront être expérimentées. Par exemple, prévoir des forfaits correspondant à la prise en charge globale qui tiennent compte de l'intervention des différents professionnels de santé, ou encore proposer des incitations au regroupement de professionnels de santé médicaux et paramédicaux au sein de cabinets pluridisciplinaires.

Au final, la HAS propose une véritable rupture avec l'architecture actuelle du système de santé. Loin de s'arrêter à la recommandation, elle souhaite accompagner ce projet aussi bien auprès des professionnels et des patients que des acteurs institutionnels et politiques. ■

\* L'échographie Doppler est un examen indolore qui permet, en utilisant les ultrasons, de visualiser les structures vasculaires et de quantifier les vitesses circulatoires afin d'évaluer certaines pathologies comme la phlébite, les varices, les anévrismes, etc.



Suivi de la grossesse

# Nouvelles recommandations professionnelles

*La Haute Autorité de santé a publié en mai 2007 une recommandation professionnelle sur le « Suivi de la femme enceinte en fonction des situations à risque identifiées ». Retour sur les préconisations clés de ce document.*

**L**e Plan périnatalité 2005-2007 visait à améliorer la sécurité et la qualité des soins et à développer une offre de soins plus humaine et plus proche autour de la naissance. « Nos recommandations s'inscrivent tout à fait dans ce cadre, indique Karine Petitprez, chef de projet au sein du service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS. Nous les avons élaborées à la demande conjointe du Collège national des gynécologues-obstétriciens français, du Collège national des

sages-femmes, de la Société française de médecine périnatale et du Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane). »

## Évaluer le niveau de risque...

L'objectif de ces recommandations ? Aider les professionnels de santé à repérer les situations à risque (maternel, obstétrical ou fœtal) puis adapter en conséquence la surveillance. L'enjeu est clair. « Que sa grossesse soit normale ou compliquée, chaque femme enceinte doit bénéficier du suivi le plus approprié, résume Karine Petitprez. Il ne s'agit pas de suivre plus, ou moins, mais de suivre mieux ». À cet effet, les recommandations dressent une liste indicative d'éléments à rechercher pour évaluer le niveau de risque de la grossesse, à savoir notamment les antécédents personnels (diabète, hypertension...) et familiaux (maladies génétiques), l'âge (avant 18 ans, après 35 ans), l'indice de masse corporelle ou encore les risques toxiques. Dans l'idéal, une première évaluation doit être menée... avant même la grossesse.

## ... Pour mieux adapter la surveillance

« C'est un point important des recommandations : elles entérinent l'intérêt d'une visite préconceptionnelle, signale Karine Petitprez. Nous en proposons un contenu précis et engageons les professionnels de santé à la réaliser dès qu'une femme émet le souhait d'être enceinte. » Autre moment charnière pour apprécier le risque : la première consultation prénatale. « Nous préconisons de la réaliser avant 10 semaines d'aménorrhée afin de mieux anticiper le calendrier du suivi de la femme, notamment pour ce qui est de mesurer la clarté nucale par échographie. Cet acte doit être réalisé dans une fenêtre de 11 à 13 semaines d'aménorrhée plus 6 jours. » Les recommandations prônent

## À venir

La HAS réalise actuellement une évaluation des dépistages biologiques prénataux obligatoires : toxoplasmose, rubéole, hépatite B et recherche d'anticorps irréguliers témoignant d'une destruction des globules rouges fœtaux par le système immunitaire maternel. Cette étude donnera lieu à la publication d'une recommandation de santé publique au second semestre 2008.

## Nouveau schéma de dépistage pour la trisomie 21

À la demande de la Direction générale de la santé, la HAS a évalué les différentes stratégies de dépistage de la trisomie 21. Il s'agissait de déterminer celle qui permettrait d'améliorer les taux de détection des fœtus atteints de cette anomalie tout en réduisant le nombre d'amniocentèses. Celles-ci peuvent en effet être à l'origine d'anxiété pour les futurs parents et de pertes fœtales. Cette analyse a donné lieu à la publication, en juin 2007, d'une recommandation qui préconise un nouveau schéma de dépistage, plus précoce. « Ce nouveau schéma combine la réalisation, au premier trimestre de la grossesse, d'une mesure de la clarté nucale à l'échographie et du dosage de deux marqueurs sériques », détaille le Dr Olivier Scemama, chef de projet au service évaluation économique et santé publique de la HAS.

Pour en savoir plus :

« Évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 », consultable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

ainsi un suivi comprenant huit consultations prénatales, avec un contenu type pour chacun de ces rendez-vous. En fonction des conclusions de chaque visite, les femmes sont orientées vers le suivi et le lieu d'accouchement les plus adaptés.

Ainsi, la surveillance d'une grossesse normale ou à faible niveau de risque peut être assurée par une sage-femme ou par un médecin (généraliste, gynécologue médical, gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme. Dans certains cas, décrits par les recommandations, un avis est « conseillé » ou « nécessaire ». Lorsque le niveau de risque s'avère élevé, le suivi régulier sera en revanche assuré par un gynécologue-obstétricien.

À noter que la HAS prépare actuellement des recommandations complémentaires de celles-ci sur l'orientation et les transferts entre les maternités des femmes enceintes présentant un risque avéré pour elles-mêmes ou pour leur(s) enfant(s). ■

Pour en savoir plus :

« Suivi de la femme enceinte en fonction des situations à risque identifiées », consultable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr), rubrique Professionnels de santé, puis Recommandations professionnelles.

Certification des établissements de santé

# Un dispositif plus ciblé pour 2010

*Dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, la HAS travaille à l'élaboration d'une troisième version du dispositif de certification des établissements de santé. Cette « V 2010 » sera à la fois plus souple et plus adaptée à la réalité de chaque établissement.*

La certification des établissements de santé est un dispositif obligatoire mis en place en 1996 sous le terme d'accréditation. La dénomination actuelle, « certification », date de 2004. Son but : mesurer le niveau de qualité et de sécurité des soins dispensés dans les établissements de santé et apprécier l'engagement de ces derniers pour l'améliorer. La procédure requiert la participation des professionnels de l'établissement, auxquels il est demandé d'effectuer une évaluation de l'organisation et des pratiques de leur structure. Cette « autoévaluation » est ensuite transmise à l'équipe d'experts pluridisciplinaire (médecins, gestionnaires, soignants) désignée par la HAS pour évaluer sur place les différents domaines de la qualité – celle, par exemple, de l'hygiène, de la gestion des ressources humaines ou encore celle de l'accueil et du respect des droits des patients.

Tous les établissements de santé ont déjà été évalués selon la version initiale de la certification, élaborée en 1999. Aujourd'hui, ils répondent ou ont déjà répondu à la deuxième version, modifiée en 2005 et réactualisée en 2007. La HAS prépare une nouvelle version de la certification, dont l'application est prévue pour 2010. « Son objectif sera de renforcer l'effet levier sur la qualité des soins, tout en réduisant la charge de travail liée à la préparation de l'évaluation pour les établissements », explique Vincent Mounic, chef du service développement de la certification à la HAS. La lourdeur du dispositif fait en effet partie

des critiques mises en lumière par une étude menée auprès des établissements de santé français sur la démarche de certification.

## Un dispositif jugé trop lourd

Les résultats de cette enquête ont été présentés à l'occasion de la conférence sur la V 2010 organisée le 17 décembre dernier aux Rencontres HAS 2007. Ils mettent en lumière un certain nombre de critiques vis-à-vis du dispositif et, d'une certaine façon, de sa perte de sens. « Les responsables d'établissements de santé nous reprochent d'avoir des exigences trop nombreuses et non priorisées, ce qui leur fait perdre de vue le rôle de la certification, explique Vincent Mounic. En exigeant la qualité sur tout, la certification perd le sens qu'elle aurait en focalisant son attention sur un nombre de points restreint pour lesquels on souhaiterait générer un changement en priorité – par exemple, le développement d'une culture de sécurité dans l'établissement, le fonctionnement du bloc opératoire ou encore la fiabilisation d'étapes critiques du circuit du médicament. » Les précédentes versions de la certification sont par ailleurs critiquées pour leur cadre trop rigide et leur uniformité pour l'ensemble du territoire et des établissements de santé. Enfin, il est reproché à la HAS de ne pas avoir assez communiqué autour de la démarche, ce qui constitue un frein à la bonne appropriation du dispositif.

## Vers une meilleure information des patients

Afin de fournir aux patients une information la plus claire possible sur la certification des établissements de santé qu'ils fréquentent, la HAS s'apprête à expérimenter un nouveau support : les rapports de certification courts, ou RAC courts, présentations graphiques des informations contenues dans les rapports remis aux établissements à la suite des visites réalisées par la HAS. Une expérimentation sera menée en mai et juin auprès de cent établissements de santé et auprès de cent patients ayant fréquenté récemment ces établissements. Et si les résultats, attendus pour la rentrée, sont positifs, la production de ces rapports courts de certification devrait devenir systématique dès l'automne.



## La certification, moteur d'amélioration de la qualité

Le dispositif de certification des établissements de santé vise à améliorer de façon continue la qualité des prestations délivrées par les hôpitaux et les cliniques et à fournir aux patients et aux pouvoirs publics des informations fiables sur la qualité de ces prestations. Effectif depuis dix ans, il a permis non seulement une prise de conscience, mais surtout un passage à l'action de tous les établissements de santé en matière de démarche qualité. Car, pour être certifié, un établissement doit confronter ses pratiques au référentiel fourni par la HAS, ce qui met en lumière les actions d'amélioration à mener avant la prochaine visite d'évaluation. Il s'agit d'une véritable démarche continue d'amélioration de la qualité.

## Une démarche mieux expliquée

Face à ces critiques, la HAS s'attache à rendre le dispositif plus simple, plus pertinent, et à clarifier les éléments du fonctionnement hospitalier sur lesquels elle portera son attention.

« Il apparaît indispensable de mieux expliquer l'intérêt de la certification aux équipes concernées, notamment pour la qualité et la sécurité des soins, précise Vincent Mounic. Il est également envisagé d'adapter la certification aux établissements, non pas en retirant des critères, mais en les allégeant pour les petites structures et en utilisant des critères plus spécifiques pour certains autres établissements. Autre évolution : des indicateurs seront introduits progressivement dans la certification. » À terme, toutes les priorités de la certification seront dotées d'indicateurs.

La HAS a présenté en avril aux professionnels de santé une première ébauche de la version V 2010, et se donne jusqu'à fin 2008 pour la finaliser. Cette même année sera consacrée à la formation des experts. Les premières visites de certification sous cette nouvelle version auront lieu en 2010. ■





## Maisons de santé

# L'union pour la qualité

*Les maisons de santé favorisent la continuité et la coordination des soins, la prévention, l'éducation thérapeutique et la mise en œuvre d'une évaluation continue des pratiques professionnelles. Autant de sujets sur lesquels travaille la HAS.*

**L**es Rencontres HAS 2007, organisées les 17 et 18 décembre à la Villette, à Paris, avaient pour objectif de débattre avec les professionnels de santé, usagers et acteurs institutionnels des politiques et actions en faveur de la qualité en santé. La contribution des maisons de santé à l'amélioration des pratiques était l'un des thèmes abordés. « Elles rassemblent en un même lieu plusieurs professionnels de santé, dont des généralistes, tous unis autour d'un projet commun d'amélioration de la qualité des soins et de la prévention », souligne en effet Claudie Locquet, chef de projet au sein du service évaluation et amélioration des pratiques de la HAS.

En maison de santé, les professionnels de santé ne se contentent pas de partager des locaux : ils travaillent en équipe. Généralistes et autres spécialistes, infirmiers diplômés d'État, podologues, kinésithérapeutes... coordonnent leurs interventions dans la prise en charge de certaines pathologies chroniques ou à suivi régulier (nourrisson, grossesse...), ou encore dans le domaine de la prévention. Ils établissent pour cela des protocoles, c'est-à-dire des modalités de prise en charge, à partir des recommandations de bonne pratique les plus récentes. Puis, ils les mettent en œuvre de façon systématique, en tenant compte des préférences du patient.

Les protocoles de soins peuvent aussi bien s'appliquer à l'administration d'un traitement médicamenteux approprié, à l'information-éducation du patient sur sa pathologie qu'à la prévention des complications. Les protocoles de prévention concernent, quant à eux, les addictions, la cancérologie, l'obésité, les vaccinations, etc.

## Coordination des soins

Au départ, la création d'une maison de santé répond souvent à des enjeux démographiques. « Notre canton était en passe de se transformer en désert médical, explique le Dr Michel Serin, responsable de la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye, dans la Nièvre. L'ouverture

d'une maison de santé en 2005 a permis d'y maintenir deux médecins généralistes, deux infirmières, un chirurgien dentiste, un masseur-kinésithérapeute. Elle a aussi permis l'installation d'un troisième généraliste, d'une psychologue, d'une diététicienne, d'une podologue-pédicure, d'une sage-femme, d'un médecin du travail, d'une orthophoniste neuropsychologue, d'une ergothérapeute, d'une antenne du centre médico-psychologique, de la médecine du travail et d'un service d'aide au maintien à domicile des personnes âgées. Grâce à ce regroupement, nous avons pu par ailleurs recruter des secrétaires, ce qui nous décharge de certaines tâches administratives et nous laisse plus de temps à consacrer à nos patients. » Les médecins peuvent ainsi y organiser en concertation leurs horaires et leurs congés, de manière optimale pour la continuité des soins. « La pluridisciplinarité de notre équipe favorise la coordination des soins, complète le Dr Jean-Michel Mazué, responsable de la maison médicale des Bords-de-Seille, en Franche-Comté. Cela évite en outre la surresponsabilité inhérente à la pratique libérale, en permettant à chaque médecin de faire appel à un confrère pendant une consultation pour un avis complémentaire. »

## Charte de qualité

Les maisons de santé offrent aux médecins la possibilité d'échanger entre pairs. « Nous avons mis en place plusieurs types de réunions, notamment : un rassemblement organisationnel trimestriel de toute l'équipe, un groupe d'échanges de pratiques mensuel fonctionnant avec le cabinet voisin, une réunion mensuelle avec les infirmières, et une autre tous les deux mois avec les acteurs sociaux. Des contacts informels sont par ailleurs possibles chaque fois que l'un d'entre nous rencontre un problème, rapporte le Dr Pierre De Haas, responsable de la maison de santé de Pont-d'Ain, dans l'Ain. Ces rendez-vous permettent de faire le point sur nos dossiers, de définir les orientations que nous souhaitons prendre et d'évaluer nos

pratiques médicales en référence à notre charte de qualité. Celle-ci, rédigée en concertation avec toute l'équipe, définit un certain nombre de règles éthiques à respecter en matière d'organisation des soins, de coordination, de gestion des données personnelles et de formation continue. »

Le cadre des maisons de santé favorise, enfin, le dépistage, la prévention et l'éducation thérapeutique. Beaucoup de maisons de santé, malgré l'absence de codage ou de subventions spécifiques, mènent déjà ce type d'actions. Elles mettent en place des systèmes d'alerte pour les vaccinations et les examens de routine, interviennent dans les écoles sur des sujets comme la sexualité, font de l'éducation thérapeutique auprès des personnes âgées pour prévenir la perte d'autonomie... Objectif : « améliorer la santé globale de nos patients », indique le Dr Jean-Michel Mazué.

## Modalité d'EPP adaptée

Parce qu'il est coordonné et régi par des protocoles et parce qu'il invite à développer la prévention et l'éducation thérapeutique, l'exercice en maison de santé peut favoriser l'amélioration de la qualité des soins prodigués au patient. « C'est pourquoi, à la HAS, nous avons souhaité définir une nouvelle modalité d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), adaptée aux professionnels travaillant en maison de santé », explique Claudie Locquet. Ces derniers peuvent désormais valider leur obligation d'EPP s'ils s'engagent à se réunir régulièrement pour analyser leurs pratiques, à élaborer et adopter des protocoles de soins en référence aux recommandations, à mettre en œuvre les améliorations possibles et à en assurer le suivi. Une modalité d'évaluation valable aussi pour les professionnels exerçant en pôle ou en centre de santé. ■

### Pour en savoir plus :

« L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé », méthode d'EPP consultable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)