

3^{ème} journée de
l'Infirmière Libérale
A.I.L.B.A

Collaboration Médecin / Infirmier

Protocole de coopération art 51

ALES

10 décembre 2013

Monique MONTAGNON

SOMMAIRE

Première Partie

La COLLABORATION MEDECIN / INFIRMIER

Deuxième Partie

*PROTOCOLE de COOPERATION, Loi HPST**

art 51



* Loi HPST : Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

Première Partie

Collaboration Médecin / Infirmier

I: POURQUOI la COLLABORATION

Enjeux sanitaires nombreux : (ARS Languedoc – Roussillon)

- ❖ **Hausse des maladies chroniques,** (Diabète, cancer, HTA, cardiovasculaire)
- ❖ **Vieillessement de la population,** (+ 75 ans, 10,1% / 8,6% France)
- ❖ **Evolution de la démographie médicale...**

= Besoins de la population

Pour répondre → L'offre de soins

**Plusieurs leviers d'action dont la collaboration
entre professionnels de santé.**

Première Partie

Collaboration Médecin / Infirmier

II : DEFINITION

Travailler de manière coordonnée et en Complémentarité pour la prise en charge d'un même patient.

La coordination des actions s'inscrit dans le parcours de soins du malade.

L'équipe a une composition variable en fonction du type de situation clinique et du type de problème.

Elle peut comporter au minimum Médecins et Infirmiers mais aussi pharmacien, kiné, ergothérapeute, psychologue, assistante sociale, sage-femme...



Première Partie

Collaboration Médecin / Infirmier

III : PLACE des MEDECINS et INFIRMIERS dans le SYSTÈME de SANTE

L'OCDE, 2009 rappelle le rôle pivot indispensable joué par les infirmiers, en collaboration avec les médecins pour l'efficience des systèmes de soins, aujourd'hui en recherche de

« productivité » → ***Nouvelles pathologies, plus de soins et de prises en charge variées à réaliser, mais aussi plus d'exigence*** qualité et sécurité.

Elle souligne depuis de nombreuses années des problèmes de démographie de ces professions cliniques et transversales indispensables à la prise en charge globale des patients **Ville / hôpital**.

Première Partie

Collaboration Médecin | Infirmier

IV : Les CONDITIONS de REUSSITE

Cette évolution ne se décrète pas.

Elle requiert une politique volontariste de soutien :

- aux structures pluri professionnelles
- la reconnaissance juridique des nouvelles compétences acquises.

L'essor des coopérations nécessite de renforcer le secteur ambulatoire pour mieux adapter l'offre aux besoins des patients.

Première Partie

Collaboration Médecin / Infirmier

IV : Les CONDITIONS de REUSSITE , (suite)

En France, ces nouveaux modes d'exercice dans le secteur ambulatoire sont à leur début.

Les expérimentations des maisons et centres de santé vont nécessiter :

- ❖ une évaluation économique, (rapport / qualité prix)
- ❖ Une évaluation de leur performance sur l'objectif d'accès aux soins pour tous.

Nécessaire de faire évoluer certains principes d'exercice libéral, (nouvelles rémunérations...)

Respecter les compétences / expériences de chacun pour une complémentarité, plutôt qu'une substitution → Lisibilité pour les patients.

Première Partie

Collaboration Médecin / Infirmier

V : A L'ETRANGER

Les coopérations sont plus développées, en particulier dans les pays anglo-saxons :

- Consultation / prescription
- Situation géographique, (Canada)

Le champ des soins primaires mobilise médecins généralistes et infirmiers sur l'accès aux soins courants et sur la qualité de prise en charge des pathologies chroniques.



Première Partie

Collaboration Médecin / Infirmier

VI : EVALUER et FORMER

Deux études* suggèrent qu'une meilleure collaboration entre médecins et infirmières peut améliorer le devenir des patients, diminuer la durée et le nombre de séjours hospitaliers, ainsi que les coûts.

Il est nécessaire de mieux définir ce que l'on entend par collaboration, afin de développer et d'évaluer des stratégies de formation à cette collaboration et d'en évaluer l'impact

Travail en équipe / Leitmotiv actuel

CONCLUSION Première partie

Excellent exemple de collaboration dans le projet AILBA / APMG

**Collaboration / Complémentarité
Pluri professionnel et coordination
Parcours de soins**



Au service des patients

Deuxième Partie

PROTOCOLE de COOPERATION, art 51

INTRODUCTION

Art 51n ce n'est pas un protocole mis en place par des professionnels **sans acte dérogatoire**

EXEMPLES :

- *L'Education Thérapeutique du Patient*
- *Activités du Décret N°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels infirmiers*
- *Protocole pluriprofessionnel, (premier recours identifie problème, tous les professionnels de santé concernés. Elaboration d'un protocole de soins de premier recours (PPSPR) documenté et prise en compte du contexte de soins du territoire. Consensus local.*
- **Projet AILBA / APMG**



Deuxième Partie

PROTOCOLE de COOPERATION, art 51

I: HISTORIQUE

Un outil pour répondre à la problématique des déserts médicaux → accès aux soins pour tous.

- * Suite au rapport BERLAND :
 - * 5 expérimentations de coopération entre les professions de santé, arrêté du 13 décembre 2004
 - * 10 nouvelles expérimentations ont été autorisées en 2006
 - * Évaluation de ces expérimentations par la HAS, en 2006
 - * Arrêt des expérimentations et favoriser le développement de nouvelles formes de coopération
 - * L'article 51 de la Loi HPST 2009 permet une délégation d'activités et compétence

Deuxième Partie

PROTOCOLE de COOPERATION, art 51

II: Qu'est-ce qu'un PROTOCOLE de COOPERATION art 51?

La mise en place, à titre dérogatoire de transferts d'actes ou d'activités de soins, par des professionnels de santé volontaires, sous la forme d'un **protocole** de coopération

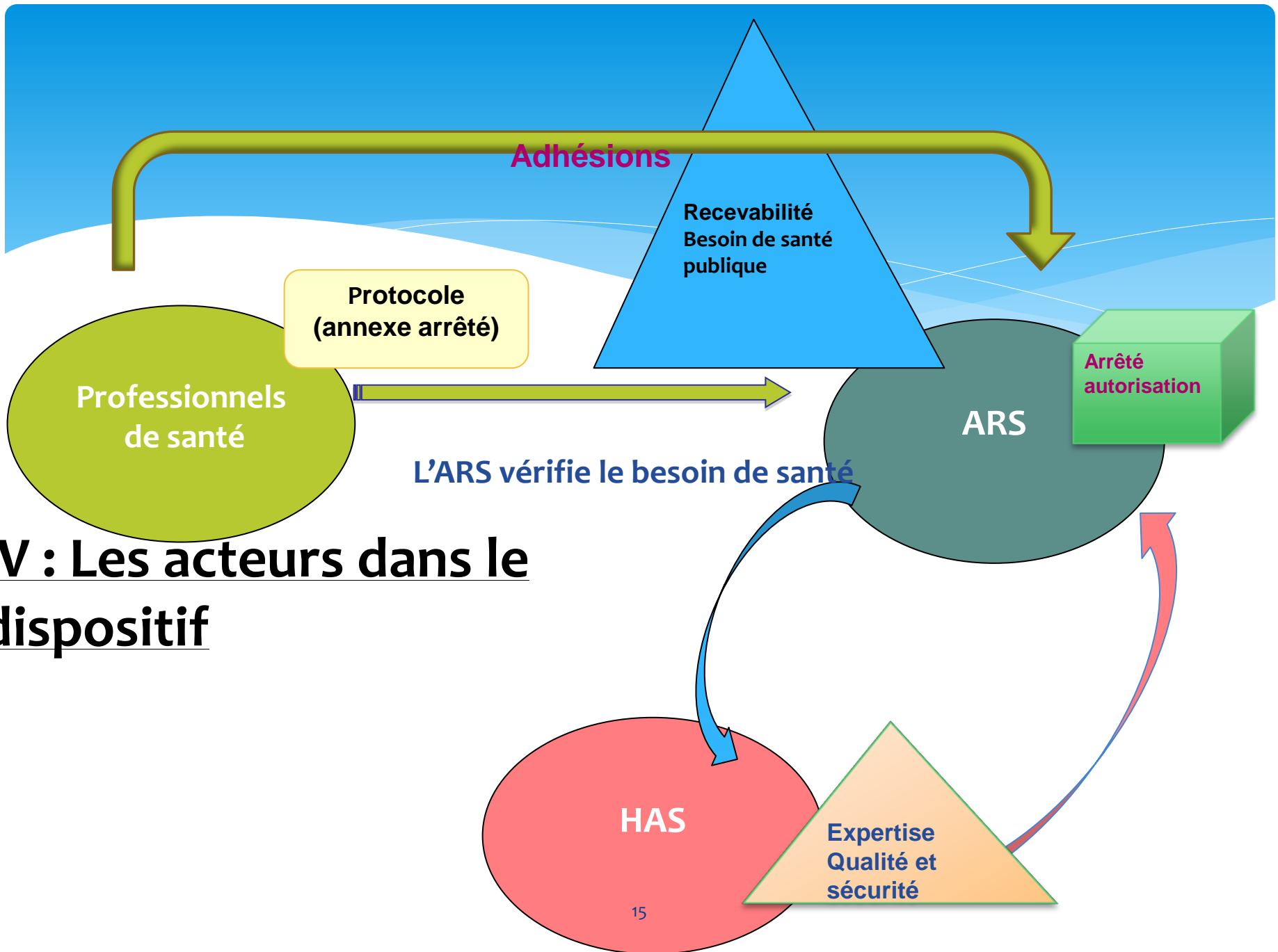
L'équipe de soins décide d'élaborer un protocole en lien avec un besoin de la population, (dossier à remplir)

Deuxième Partie

PROTOCOLE de COOPERATION, art 51

III : Ses PRINCIPES

- **Par dérogation aux règles d'exercice des professionnels**
 - *Opérer des transferts d'actes ou d'activités*
 - *Favoriser de nouvelles organisations des soins et de prise en charge ou des modes d'exercice partagé*
- **Garantir un haut niveau de *sécurité* et de *qualité***
- **Répondre à des besoins de santé de la population**



IV : Les acteurs dans le dispositif

Deuxième Partie

PROTOCOLE de COOPERATION, art 51

V : CONTENU du PROTOCOLE et ses exigences

- * La profession du délégant et du délégué
- * Les objectifs poursuivis pour ce protocole, (réponse aux besoins de la population)
- * La liste exhaustive des actes et activités dérogatoires, ou/et réorganisation des modes d'intervention entre professionnels de santé
- * Les caractéristiques du lieu de mise en œuvre du PC
- * Les références scientifiques
- * Le type de patients concernés, ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion
- * Les modalités d'information des patients

Deuxième Partie

PROTOCOLE de COOPERATION, art 51

V : CONTENU du PROTOCOLE et ses exigences, (suite)

Difficulté

- * **La formation proposée** est pertinente en regard des actes dérogatoires :
 - ✓ Les compétences et connaissances à acquérir
 - ✓ les objectifs pédagogiques de la formation
 - ✓ le programme de formation : type (théorique et pratique) et volume horaire
 - ✓ les modalités de validation de la formation (qui valide et comment)
 - ✓ les modalités de suivi de la formation (formation continue)
 - ✓ l'expérience professionnelle du délégué souhaitée (ex : X années...)

Deuxième Partie

PROTOCOLE de COOPERATION, art 51

V : CONTENU du PROTOCOLE et ses exigences, (suite)

- * Les critères qui déclenchent l'intervention du délégant sont précisés
- * Les modalités d'intervention du délégant sont précisées et adaptées aux risques encourus.
- * Les critères qui permettent d'identifier une situation d'urgence et conduite à tenir.

- * Des mesures ont été prévues pour assurer la continuité des soins en cas d'absence (délégués ou délégants).
- * Les indicateurs retenus permettent de suivre le protocole.
- * Les critères provoquant l'arrêt du PC

- * Les modalités d'échanges et de partage des informations entre professionnels pour la qualité et la sécurité des soins et adaptés aux risques liés aux actes dérogatoires.
- * Les événements indésirables à signaler systématiquement et à analyser + actions mises en place
- * La description des étapes de la prise en charge

Deuxième Partie

PROTOCOLE de COOPERATION, art 51

VI: Où en SOMMES-NOUS ?

Essentiellement Médecins délégués

Pour 2/3 protocoles Médecin / infirmier reçoit délégation

- * La mise en œuvre reste complexe
- * Les projets ont concerné davantage le secteur hospitalier que l'ambulatoire
- * Des freins et résistances persistent professionnels, usagers (identité professionnelle, reconnaissance, médecine à 2 vitesses....)
- * L'articulation avec les nouveaux modes de rémunération est encore à l'état d'expérimentation pour le premier recours.

Deuxième Partie

PROTOCOLE de COOPERATION, art 51

VI : Où en SOMMES-NOUS ?, (suite)

Exemples d'activités dérogatoires

- * **Consultation et suivi de chroniques** : hépatite C, hémodialysés, administration d'anticancéreux oraux à domicile, diabétiques, suivi et éducation des patients sous AVK...
- * **Consultations diverses** : vaccinations, addictologie, nutrition, contraception, rhumatologie, tests d'allergie, dépistage fibrose hépatique, chirurgie de l'obésité, consultation IVG...
- * **Actes techniques** : Ponction en crête iliaque, échographies, prélèvements de cornées, kiné respiratoire, réinjection de sang marqué par une technicienne de laboratoires...
- * **Ophthalmologie** : dépistage rétinopathies diabétiques, adaptation de lentilles, prescription de verres et montures...

Deuxième Partie

PROTOCOLE de COOPERATION, art 51

VII : Son EVOLUTION

- * **Vers des protocoles nationaux** : A un an de fonctionnement en région → évaluation → généralisation
- * **Vers une modification des métiers socles** : Certains actes pouvant être intégrés dans les programmes de formation initiale,
Exemples : *Echographie, doppler, pour MER?*
Vaccins, diverses ponctions pour IDE?
Prescription de renouvellement de lunette,
dépistage rétinopathie diabétique pour orthoptiste?
- * **Vers de nouveaux métiers**: En lien avec les besoins de la population, (maladies chroniques, oncologie, vieillissement, premier recours) surtout IDE, niveau master.... IDE clinicien en²oncologie → **plan cancer**

Deuxième Partie

PROTOCOLE de COOPERATION, art 51

VIII : L'EVALUATION

La totalité des travaux sont disponibles sur le site de l'HAS.

Difficulté pour apprécier le niveau de formation nécessaire au soignant délégué dans certains protocoles

- Formation ad hoc?
- Complément à la formation initiale, (contour du métier?)
- Formation niveau master? (Nouveaux métiers?)

Décisions DGOS?...



CONCLUSION Deuxième partie

La réalisation puis l'analyse des protocoles de coopération confortent sur :

- ✓ La modélisation des prises en charge pour pathologies chroniques ou liées au vieillissement → **Parcours de soins**
- ✓ L'organisation en équipe pluri professionnelle. Coordination indispensable **ville / hôpital**.
- ✓ L'obligation d'inclure systématiquement les soins de ville dans une prise en charge.

Pose la question pour les professionnels délégués, à terme :
Reconnaissance des actes, comment et nouveaux métiers?

CONCLUSION Deuxième partie, (suite)

Rôle majeur des ARS art 51

- ❖ Donner l'information pour :
 - ❖ Éviter de faire travailler des équipes sur des sujets déjà portés
 - ❖ Faire partager les thématiques suggérées
 - ❖ Constituer des équipes ressources régionales d'experts
- ARS, levier du changement
- ❖ Favoriser les prises en charge ville / hôpital et la réalisation des parcours de soins

*À quoi ressemblera l'offre de santé en France
dans vingt ans ?*