



Master 2

Pilotage des politiques et actions en santé publique

Promotion : **2014-2015**

Innovation dans le champ de la santé : Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé

L'exemple du protocole de coopération : « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » élaboré en Midi-Pyrénées

MANON RAYNAL

24/06/2015

R e m e r c i e m e n t s

Je tiens à adresser mes remerciements à Christine Sagnes-Raffy responsable du département premier recours, qui m'a permis d'intégrer son service et a su m'aider à explorer mes compétences et mes connaissances à travers diverses activités. Je remercie Mr Thierry Godet qui a également participé à mon recrutement et m'a fait part de ses expériences.

Mes remerciements les plus sincères à Nadine Pascon, responsable adjointe du département premier recours, qui m'a accompagnée dans mes missions, a su me faire confiance et me faire évoluer tout au long du stage. Merci de m'avoir fait partager votre expérience, merci pour vos conseils et votre disponibilité.

Merci à Valérie Resman, Virginie Nunes, Anne-Sophie Feuvrier-Massat, Catherine Bouget, Aurélie Daynard, Noël Wuithier, Alain Abravanel, Guillaume Escudier, membres du DPR, dont la bienveillance, l'écoute attentive et les conseils avisés, m'ont accompagnée durant ce stage.

Je remercie également tous les professionnels, qui de près ou de loin m'ont permis d'ouvrir mon champ de connaissance par des moments d'échanges, notamment Francisca Gutierrez-Vallein, Véronique Teilhol, Paule Lacome.

Enfin, je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique, en particulier Mr François-Xavier Schweyer et Me Régine Mafféi pour leur encadrement et leurs précieux conseils.

Merci également à mes camarades et amis du master, avec qui ce fut un réel plaisir de travailler et de partager cette dernière année.

Manon Raynal

S o m m a i r e

Introduction	3
1. Présentation de l'environnement de travail	6
1.1. Le Département premier recours (DPR).....	6
1.1.1 Le positionnement du DPR au sein de l'Agence Régionale de Santé	6
1.1.2 Les membres du DPR.....	7
1.1.3 Les missions	7
1.1.4 Le FIR comme moyen de financement des projets du DPR.....	8
1.2. Les partenaires extérieurs du DPR	9
1.3. Ma position au sein du DPR.....	9
2. Présentation du sujet traité	10
2.1. Les protocoles de coopération entre professionnels de santé : genèse d'un nouveau mode d'exercice	10
2.1.1 L'origine des protocoles de coopération	10
2.1.2 Les enjeux des protocoles de coopération	13
2.1.3 Les modalités de déploiement	13
2.1.4 Etat des lieux du déploiement des Protocoles de coopération en France et en Midi-Pyrénées.....	15
2.2. Genèse du choix du sujet traité et intérêt professionnel:.....	17
2.3. Présentation du protocole de coopération : « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » déployé en Midi-Pyrénées.....	18
2.3.1 Avènement du protocole.....	18
2.3.2 Présentation du protocole de coopération « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé »	20
2.3.3 Un protocole de coopération innovant	21
2.3.4 Les forces en présences (Gérontopôle, MSP, URPS, ARS).....	23
2.3.5 Les modes de rémunération.....	25
2.3.6 Etat des lieux de son déploiement	28
2.4. Les Freins possibles au déploiement du protocole	29
2.4.1 Des lenteurs de mise en œuvre liées au cadre juridique et au niveau d'exigence... ..	29
2.4.2 Un concept novateur : la fragilité	31
2.4.3 Les singularités afférentes au protocole	32
2.4.4 La division du travail dans le monde de la santé.....	34
2.4.5 RCP et modalités de rémunération pour le protocole de coopération pluri-professionnels sur la fragilité	36
2.4.6 Responsabilité professionnelle engagée	37
2.5. Les Leviers d'action	38

2.5.1	Les ressources internes.....	39
2.5.2	Les ressources externes : Les URPS	39
2.5.3	Ressources financières et structurelle : Les MSP, structures facilitatrices dans le déploiement ?	40
2.5.4	Des moyens législatifs.....	41
2.5.5	La Coopération axe fort du Pacte Territoire Santé.....	42
3.	Genèse du choix des missions	44
3.1.	Des besoins identifiés.....	44
3.1.1	En interne	44
3.1.2	En externe.....	44
3.2.	Les Missions confiées et intérêt professionnel.....	45
4.	Les Démarches adoptées	45
4.1.	Les entretiens infirmiers.....	45
4.1.1	Elaboration de la grille d'entretien.....	45
4.1.2	De la prise de contact au recueil de données.....	46
4.1.3	Informations recueillies et analyse des besoins.....	48
4.2.	Les entretiens informatifs médicaux	53
4.2.1	Les ressources humaines	53
4.2.2	Une démarche ciblée	53
4.2.3	De la préparation à l'action	54
4.2.4	Les informations recueillies lors des présentations	54
4.3.	Point d'étape sur le déploiement du protocole	56
4.3.1	Objet de la rencontre avec les IDEL délégués : Un bilan mi-parcours	56
4.3.2	Informations recueillies, et relevé de conclusion du bilan mi-parcours	57
5.	Analyse et interprétation des informations recueillies et proposition d'actions.....	60
5.1.	Changements de pratiques et coopération pluri-professionnelle, un challenge pour les professionnels et pour les usagers	60
5.2.	Le diagnostic oui, mais après ?	63
5.3.	Pérennisation du protocole et pratiques avancées	65
1.	Analyse du processus de l'accompagnement au changement	67
1.2	L'ARS, une agence au carrefour du contrôle et de l'accompagnement ?	67
1.2.1	Le cadre législatif.....	67
1.2.2	Analyse des pratiques.....	68
1.2.3	Analyse du changement dans le champ de l'innovation	69
1.2.4	L'accompagnement au changement	71
1.3	Compétences acquises et apport du stage.....	77
1.3.1	Construction des missions.....	77

1.3.2	Les apports théoriques et pratiques	81
	Conclusion.....	87
	Bibliographie.....	89

Liste des sigles utilisés

AMI : acte médicaux-infirmiers

ARS : agence régionale de santé

CDS : centres de santé

CSP : code de santé publique

DOSA : direction de l'offre de soins et de l'autonomie

DPR : département premier recours

DT : délégation territoriale

ENMR : expérimentation des nouveaux modes de rémunération

FMPMPS : Fédération Midi-Pyréenne des Maisons et Pôles de Santé

FIR : Fond d'intervention régional

HAS : La Haute Autorité de Santé

HCAAM : haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

IDEL : infirmier diplômé d'état libéral

MG : médecin généraliste

MSP : Maisons de Santé Pluri-professionnelles

NGAP : nomenclature générale des actes professionnels

NMR : nouveaux modes de rémunération

ONDAM : objectif national des dépenses de l'assurance maladie

PDSA : permanence des soins ambulatoires

PPS : plan personnalisé de santé

PRS : Projet Régional de Santé

PTS : Pacte Territoire Santé

RCP : réunion de concertation pluri-professionnelle

RMT : rémunération médecins traitants

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

URPS : Union régionale des professionnels de santé

Introduction

De tout temps, le contenu des métiers de la santé s'est adapté à l'évolution de la société, aux innovations cliniques, techniques et scientifiques, à l'émergence de nouveaux problèmes de santé publique, aux nouveaux besoins en santé, et à l'évolution des demandes des patients adressées aux professionnels. Le partage des rôles entre professionnels médicaux et paramédicaux autour du patient, a de ce fait, toujours été en perpétuelle évolution.

A ce jour, et au regard des nouveaux défis de santé publique, l'amélioration de la qualité des soins et l'enrichissement des fonctions des professionnels de santé, sont plus que jamais les objectifs premiers des politiques de santé publique à l'œuvre. La redéfinition des rôles entre professionnels de santé, est envisagée comme une réponse favorable à l'émergence de nouveaux modes de prises en charge des usagers.

En 2002, le rapport Berland « Démographie des professions de santé », avance dans ses propositions, une évolution des métiers de la santé. Il considère dans son écrit que « l'objectif réaliste et admissible que doit poursuivre cette redéfinition des métiers consiste à valoriser l'investissement intellectuel aux dépens de l'acte technique et à tirer vers le haut chaque profession qui devra abandonner ce qui n'est plus de son niveau de compétence pour se consacrer à son cœur de métier »¹ ainsi, « Il convient pour ce faire de déléguer certaines activités à d'autres professions médicales ou paramédicales dont plusieurs sont à créer. Ainsi, du temps médical pourra être libéré et utilisé de manière optimale. » La notion de délégation de tâche est à interpréter ici comme objet de la redéfinition des métiers, qui permettrait à terme de répondre aux nouveaux besoins de santé publique et au désir de « monter en compétences » de certains acteurs de santé.

Durant 7 années, beaucoup de travaux ont ensuite été réalisés sur le sujet

- d'abord, en 2003, le rapport d'étape d'Y. Berland faisait cas de l'émergence possible d'une coopération des professionnels de santé autour du transfert de tâches et de compétences². Largement inspiré par les pratiques internationales, Berland explicitait, la nécessité de ne plus encadrer les domaines d'exercices paramédicaux, par les actes qu'ils sont autorisés à effectuer, mais plutôt par les missions et compétences qu'ils doivent mettre en œuvre pour répondre aux besoins des

¹ Pr. Yvon BERLAND, « Démographie des professions de santé », Rapport n°2002135, Novembre 2002

² Pr. Yvon BERLAND « coopération des professions de sante : le transfert de taches et de compétences » rapport d'étape, octobre 2003

patients. On constate également par ce rapport, l'importance de l'exercice regroupé pour mener à bien ces transferts de tâches, et faire que cette collaboration entre médecins et acteurs paramédicaux assure l'efficacité de la délégation.

- En 2004, l'arrêté de décembre, suivi de l'arrêté du 30 mars 2006, autorisaient temporairement la délégation de tâches à titre dérogatoire ; cinq expérimentations étaient alors à l'œuvre, suivies d'un rapport³ qui concluait aux bénéfices réels de ces nouvelles pratiques tant dans l'émergence d'une collaboration et coopération accrue entre médecins et paramédicaux, que dans la satisfaction des patients ayant expérimenté ces nouvelles pratiques. Enfin, le rapport rend compte de la valeur ajoutée d'une prise en charge paramédicale sur un nouveau champ d'activité : « Ces expérimentations démontrent souvent que les résultats obtenus aux bénéfices des patients sont réels par rapport à la pratique médicale habituelle, elle-même non évaluée d'ailleurs, il faut le rappeler. »⁴
- La HAS s'est ensuite saisie du sujet en 2008 conjointement avec l'Observatoire nationale de la démographie des professions de santé (ONDPS).⁵ Elle concluait donc à la nécessité d'une nouvelle répartition des tâches qui favoriserait l'amélioration de l'organisation des soins :

« (...) Favoriser le développement ces nouvelles formes de coopération dans un objectif d'amélioration de la qualité du système de santé grâce à :

- la rénovation de l'offre de formation, pour réduire le hiatus entre formation médicale et paramédicale ;
- la refondation du cadre juridique de définition des professions, sur la base d'un référentiel de missions et non plus uniquement d'actes prédéterminés ;
- la valorisation des coopérations à travers la rémunération ou les perspectives de carrière ;
- la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement visant à garantir l'intérêt et la qualité des nouvelles formes de coopération. »⁶

L'article 51 de la loi HPST, vient en réponse de l'ensemble de ces travaux, en légalisant le transfert d'activité entre professionnels de santé, dans le seul cadre des protocoles de coopération ; ces protocoles de coopération étant élaborés à l'initiative des professionnels de santé.

³ Professeur Yvon Berland et Docteur Yann Bourgueil, « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé », Rapport, juin 2006.

⁴ Ibid

⁵ HAS, « délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS, avril 2008.

⁶ Ibid

Ce dispositif innovant, bien que disposant « d'un socle solide de réflexion et d'expériences qui augure favorablement de son avenir »⁷, comme le définit Yvon Berland, demande comme toute innovation, d'apporter une attention particulière aux bouleversements structurels, organisationnels ou sociaux qui lui sont afférents.

Comme le décrit Crozier dans son ouvrage⁸, le changement envisagé par l'innovation consiste à modifier les « zones d'incertitude ». Ainsi pour F. Cros, et selon l'ouvrage de Crozier et Friedbergs « Ce changement suppose avant tout un apprentissage de capacités nouvelles à résoudre les problèmes d'organisation collective : c'est l'élaboration d'un nouveau construit social. L'acteur, avec ses marges de libertés, agit selon une analyse stratégique. L'organisation agit comme un système d'action concret, dans un système de relations, de pouvoirs, de marchandages et de calculs »⁹. « L'innovation vient ainsi « interroger l'ordre établi, négocier, dévoiler des lacunes et déstabiliser les métiers (Alter, 1990) »¹⁰ et c'est en analysant ces bouleversements, ces incertitudes, que nous pourrions entrevoir les nécessaires accompagnements au changement que les institutions, comme les ARS, peuvent mettre en œuvre pour déployer ces nouvelles formes de coopération via les protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Après une présentation générale du département premier recours au sein duquel j'ai effectué mon stage, j'aborderai le sujet principal de ma mission -les protocoles de coopération entre professionnels de santé - à travers l'exemple du protocole de coopération « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé ». L'analyse des freins et des leviers relatifs au déploiement du protocole, sera l'occasion d'explicitier l'intérêt des actions d'accompagnement mises en œuvre. Dans un second temps, l'accent sera mis sur l'analyse de l'accompagnement au changement dans le cadre de l'innovation dans le champ de la santé, en lien avec les activités que j'ai réalisées durant mon stage. Enfin, je conclurai mes propos en revenant sur les connaissances et compétences développées durant cette riche expérience.

⁷ **Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé, sénat session ordinaire de 2013-2014, C. Génisson et A. Milon.**

⁸ **M. Crozier, « On ne change pas la société par décret », Paris, Fayard, 1979**

⁹ **Françoise Cros, « L'innovation en éducation et en formation », Revue française de pédagogie, n°118, 1997, p. 127-156.**

¹⁰ **Ibid**

**PREMIERE PARTIE : CHOIX ET MISE EN ŒUVRE DES MISSIONS
EFFECTUEES AU SEIN DU DEPARTEMENT PREMIER RECOURS DE
L'ARS MIDI-PYRENEES**

1. Présentation de l'environnement de travail

1.1. Le Département premier recours (DPR)

1.1.1 Le positionnement du DPR au sein de l'Agence Régionale de Santé

Le début d'année 2013 a été marqué par un remaniement de l'organisation interne de l'ARS Midi-Pyrénées. A à l'initiative de Mme Monique Cavalier, nommée Directrice Générale de l'ARS, depuis 12 décembre 2012. C'est dans le contexte de la mise en œuvre du projet régional de santé, que l'agence a souhaité favoriser l'organisation des soins de premiers recours y consacrant un département.

L'organisation de l'ARS Midi-Pyrénées s'appuie sur 3 directions fonctionnelles :

- La direction de la santé publique
- La direction des opérations
- La direction de l'offre de soins et de l'autonomie (DOSA)

C'est au sein de la DOSA que se trouve le Département de Premier Recours (DPR), ainsi que trois autres départements : Etablissement de santé, Médico-social, Personnels et professionnels de santé.

La DOSA dans le respect du PRS et de la réglementation en vigueur, organise, finance et évalue l'offre de soins sur le territoire. Ses missions et actions doivent répondre aux besoins en santé de la population de Midi-Pyrénées dans une logique de proximité.

Il s'agit pour la DOSA, d'organiser un accès aux services de santé de façon graduée, de penser et proposer des modes et conditions d'exercices attractifs pour les professionnels de santé et de favoriser la coordination des intervenants durant tout le parcours de soins de l'utilisateur.

Ainsi, la DOSA couvre le secteur hospitalier, médico-social et ambulatoire, à travers les différents départements qui la composent.

Le DPR se concentre largement sur le volet ambulatoire en tâchant de mener ses missions dans la meilleure transversalité possible avec toutes les ressources de l'ARS.

1.1.2 Les membres du DPR

L'équipe du Département premier recours est composée de 5 cadres référents, de 2 médecins conseils qui apportent leur expertise sur des thématiques définies, d'un médecin de santé publique actuellement responsable du département, d'un gestionnaire administratif, et d'une secrétaire de direction.

Présente dans l'équipe, la gestionnaire administrative est un appui précieux pour ce qui concerne la logistique, les allocations de ressources, la publication d'arrêtés et de courriers administratifs.

Chaque professionnel administratif ou cadre référent, travaille en binôme avec un médecin. Cette complémentarité de connaissances et compétences s'avère très importante, notamment pour entretenir un dialogue de qualité avec les interlocuteurs extérieurs.

1.1.3 Les missions

Le département s'articule autour de plusieurs missions relatives aux :

- Accidents vasculaires cérébraux, Plan Maladies Neuro-dégénératives
- Coopérations entre professionnels de santé et relations avec les URPS
- Installations de professionnels de santé, et la permanence des soins
- Aux Urgences
- Réseaux de Santé
- Exercices coordonnés des professionnels de santé
- MAIA
- Transports sanitaires

Les fonctions principales du DPR s'articulent donc, autour de l'accès aux soins, le soutien à l'exercice coordonné et regroupé des professionnels de santé, l'organisation des soins primaires, des urgences, et de la permanence des soins.

1.1.4 Le FIR comme moyen de financement des projets du DPR¹¹

La loi de financement de la sécurité sociale a créé le fonds d'intervention régional (FIR), qui permet aux ARS de gérer avec une plus grande souplesse certains de leur crédits servant la stratégie de santé de la région.

Auparavant, le FIR regroupait plusieurs crédits fléchés concernant des thématiques spécifiques tel que : la permanence des soins, l'amélioration de la coordination des soins et des prises en charge, ou les actions de prévention, et de santé publique. En 2013, la politique de santé régionale est marquée par un élargissement important des missions et des crédits alloués au FIR.

Le FIR est donc un levier financier, qui doit permettre de soutenir les actions de transformations du système de santé et expérimenter les nouveaux modes d'organisation du parcours de soins. Il est ainsi destiné à donner aux Agences une plus grande souplesse de gestion budgétaire. L'attribution des crédits alloués au titre du FIR est laissée à l'appréciation de l'Agence au regard de la politique interne engagée, suivant le PRS et les schémas régionaux. En 2014, une orientation des missions à développer dans le cadre des crédits alloués via le FIR est développée au regard des axes spécifiques de la stratégie nationale de santé. L'un des axes concerne particulièrement les missions du DPR : la lutte contre les déserts médicaux et la réduction des inégalités d'accès aux soins. Les missions du DPR concernent de multiples engagements énoncés dans le cadre du PTS dont le développement de contrats de praticiens territoriaux de médecine générale, les structures d'exercice coordonné afin de favoriser le travail en équipe (Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), centres de santé (CDS)...).

En 2014, l'enveloppe FIR du département se montait à approximativement 16,7 millions d'euros.

¹¹ M.Tourraine, « circulaire n° SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2014 », http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/04/cir_38157.pdf, mise à jour 24/03/2014.

1.2. Les partenaires extérieurs du DPR

Le DPR est en lien constant avec des partenaires extérieurs œuvrant à l'accès aux soins et à l'exercice coordonné des professionnels de santé. Il est important de connaître les ressources externes, afin de mener à bien les projets qui nous incombent.

Les partenaires majeurs du DPR dans la réalisation de ses missions sont :

- Les réseaux de santé régionaux, départementaux, et la Fédération régionale des réseaux (Résomip)
- Les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie)
- Les MSP et Centres de Santé
- La Fédération Midi-Pyrénéenne des Maisons et Pôles de santé (FMPMPS), la fédération des associations de régulation (FARMIP).
- Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS),
- Les Ordres des professions de santé.
- L'Observatoire National des Urgences de Midi-Pyrénées (ORUMIP) ; les Services Départementaux d'Incendie de Secours (SDIS)
- Universités en Santé de Midi-Pyrénées
- L'Assurance Maladie

1.3. Ma position au sein du DPR

Mon stage au sein de ce département s'est déroulé auprès de Me Nadine Pascon, responsable adjointe du département premier recours, elle est notamment cadre référent du déploiement des protocoles de coopération entre professionnels de santé (art 51. Loi HPST 2009) sur la région. Elle est accompagnée dans cette mission, d'une équipe constituée du Dr Thierry Godet médecin et appui technique sur les sujets médicaux, et de Me Véronique Teilhol cadre de santé, conseillère technique de l'ARS, apportant ses compétences et connaissances en matière d'exercice paramédical et d'organisation des soins.

Ma mission principale au sein du service était d'accompagner le déploiement des protocoles de coopération sur la région, et plus particulièrement le protocole de coopération : « intervention d'infirmière libérale à domicile afin de diagnostiquer et

d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé », que l'on nommera aussi protocole de coopération sur la fragilité.

Cependant, la connaissance des missions des personnes de l'équipe, de leurs compétences dans les différents domaines d'intervention du DPR était une nécessité forte ; non seulement pour partager et créer un lien avec les personnes dont j'allais partager le quotidien professionnel, mais également pour m'imprégner des problématiques et travaux de chacun et en comprendre leurs intrications.

En outre, ma posture de stagiaire m'a permis d'octroyer du temps à la découverte des missions d'autres départements et aux différentes fonctions et profils des agents qui composent l'ARS, tant en son siège qu'au niveau de ses Délégations territoriales (DT).

2. Présentation du sujet traité

Les protocoles de coopérations entre professionnels de santé sont des outils innovants dans le champ de la santé, pour lesquels les ARS ont un rôle majeur de portage. Ils portent de nombreux enjeux en matière d'amélioration de la qualité des soins et d'évolution des fonctions des professions de santé. Les protocoles abordent pour la première fois de façon légiférée, l'expérimentation de nouvelles répartitions des rôles entre professionnels. Ils se positionnent ainsi comme un axe fort d'innovation dans le champ de la santé.

2.1. Les protocoles de coopération entre professionnels de santé : genèse d'un nouveau mode d'exercice

2.1.1 L'origine des protocoles de coopération

La question de la coopération entre professionnels de santé trouve son origine dans les profondes transformations multifactorielles que subit notre système de santé.

La transition épidémiologique est l'un des facteurs prégnant de ces transformations. L'augmentation de l'espérance de vie, qui accompagne la transition démographique, fait émerger de nouveaux problèmes de santé en lien avec le grand âge. Les maladies chroniques prennent ainsi le pas sur les maladies infectieuses. Les situations de pertes de l'autonomie chez les personnes âgées souvent poly-pathologiques sont de plus en plus fréquentes. Ces personnes requièrent des prises en charge au long cours et globales, mobilisant des moyens sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

En parallèle comme le constate le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie¹², les innovations scientifiques, techniques et thérapeutiques permettent un raccourcissement des durées de séjour favorisant les retours précoces à domicile, supposant des capacités de prise en charge renforcées sur le secteur ambulatoire.

Plus que jamais, les liens ville-hôpital, la prise en charge globale des patients et le renforcement de la médecine de parcours, sont d'actualité pour faire face aux nouveaux défis de santé publique. Ainsi l'articulation entre les interventions de chaque acteur, la coordination des compétences professionnelles autour des patients et le partage des rôles entre professionnels de santé, sont autant d'éléments à adapter au contexte actuel.

La coopération entre professionnels de santé ambulatoire est ainsi considérée comme un élément déterminant pour l'évolution de l'ensemble du système de santé.

Cette coopération a également été envisagée pour pallier la diminution annoncée de la densité médicale et du temps médical disponible, qui pose la question de l'organisation des soins de premiers recours notamment centrée sur l'accès aux soins, et de la prise en charge de qualité des patients.

Une nouvelle répartition des tâches entre professionnels de santé permettrait l'optimisation du temps médical et paramédical pouvant offrir une réponse adéquate aux difficultés démographiques actuelles. Cependant, comme le souligne la HAS¹³ l'expérience internationale sur ces sujets et l'analyse de la répartition de professionnels de santé sur le territoire tend à montrer que cela ne suffira pas à résoudre les problèmes liés à la démographie des professionnels de santé et à l'installation des professionnels sur le territoire. Aujourd'hui, le développement de la coopération entre professionnel de santé doit être abordé en termes de services rendus à la population, c'est-à-dire en termes d'amélioration de la qualité des soins et en termes de prise en charge globale des besoins des patients.

Le développement de la coopération aidant et structurant la prise en charge ambulatoire des patients, annonce une transformation systémique importante requérant la mobilisation de plusieurs leviers que nous explorerons par la suite dans cet écrit : la formation, la

¹² **Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « la coopération entre professionnels de santé », 10 juillet 2014.**

¹³ **HAS, délégation, transferts de tâches, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?, avril 2008**

reconnaissance professionnelle, l'organisation, les modes de rémunération et le financement.

La répartition des tâches entre professionnels de santé figure comme un facteur important dans la capacité de répondre aux besoins en santé de la population. La réflexion doit de fait s'étendre, au-delà des coopérations médecin-infirmier, à l'ensemble des professions de santé.

Suite aux rapports conduits par le professeur Berland concernant la démographie médicale¹⁴ et la coopération entre professionnels de santé¹⁵, des expérimentations sur le transfert de tâches entre professionnels de santé sont lancées dès 2003.

Ces expérimentations sont dès lors inscrites dans un cadre législatif précis par l'article 13 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique.

Cinq expérimentations ont pu être ainsi menées sous l'égide de l'Observatoire de la démographie des professions de santé présidée par le Pr. Berland concernant la prise en charge de patients diabétiques, de patients suivis dans le cadre d'hémodialyse, de patients atteints de virus de l'hépatite C et du patient nécessitant une radiothérapie. Donnant lieu à un rapport en juin 2006¹⁶ concluant « à la faisabilité, en toute sécurité pour les patients, de la délégation de tâches dans les domaines et contextes abordés ».

En 2009, la loi HPST via l'Art. 51 par dérogation aux règles d'exercice, permet aux professionnels de santé de s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération.

« (...) les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles (...) »¹⁷

¹⁴ **Mission « démographie des professions de santé », rapport novembre 2002**

¹⁵ **Rapport « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », Prof. Yvon Berland, octobre 2003**

¹⁶ Professeur Yvon Berland et Docteur Yann Bourgueil, « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé », Rapport, juin 2006.

¹⁷ **Art51, LOI no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

Cette démarche de coopération peut être engagée par des acteurs de terrain sous réserve que celle-ci soit de nature à améliorer l'organisation ou la prise en charge des soins, dans un territoire de santé.

La démarche de coopération concerne tous professionnels de santé quelques soient leurs secteurs d'activités et cadres d'exercice.

2.1.2 Les enjeux des protocoles de coopération

Les enjeux des protocoles de coopération sont multiples :

- Répondre aux besoins croissants de prise en charge sanitaire lié au développement de maladie chroniques dans un contexte de vieillissement de la population. Les protocoles permettraient d'améliorer la prise en charge des patient tant en termes d'accès aux soins que de continuité et de coordination des soins.
- Répondre à l'évolution défavorable de la démographie médicale. Les protocoles pourraient permettre de dégager du temps médical en permettant à d'autres professionnels d'effectuer certaines tâches pour lesquelles ils seraient formés et auraient acquis des compétences.
- Faciliter l'émergence de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé autour de l'évolution des technologies médicales.
- Permettre d'assurer des prises en charges efficientes qui pourraient répondre aux prérogatives de diminution des dépenses de santé.
- Permettre également de valoriser et donner des perspectives de parcours professionnel aux professionnels paramédicaux. Et ainsi permettre de décloisonner les métiers de la santé dès leur processus de formation et leurs missions.

L'enjeu majeur des protocoles est de réaliser des soins de qualité, sécurisés dans un contexte à la fois contraint et évolutif. Ils tendent à permettre l'amélioration de la prise en charge des patients en impulsant une dynamique d'innovation de l'organisation systémique.

2.1.3 Les modalités de déploiement

Les étapes nécessaires à la mise en œuvre d'un protocole de coopération sont prévues par les articles L. 4011-1, L. 4011-2 et L. 4011-3 du code de la santé publique comme suit.

- 1- L'initiative du protocole revient aux professionnels de santé qui doivent adresser une lettre d'intention au directeur général de l'ARS précisant la nature, l'objet de la coopération, et le lieu et champ d'intervention des professionnels concernés.
- 2- Le DG de l'ARS informe les professionnels des suites à donner à leur demande
- 3- Les professionnels soumettent alors à l'équipe de l'ARS dédiée le protocole de coopération accompagné de toutes les pièces nécessaires et renseignent le modèle type de protocole élaboré par la HAS¹⁸.
- 4- L'ARS s'assure de la complétude du protocole déposé. Elle doit également s'assurer qu'il répond à un besoin de santé régional, qu'il concerne des professions de santé et comporte des actes dérogatoires aux règles figurant dans le code de la santé publique.
- 5- L'ARS soumet alors le protocole accompagné d'un modèle économique au collège des financeurs et à la HAS. Cette dernière, chargée du contrôle scientifique, rend un avis favorable qui fait acte d'autorisation, un avis avec réserves ou encore un rejet.
- 6- Parallèlement le DG de l'ARS transmet pour information le protocole à l'union régionale de professionnels de santé concernés.
- 7- Un arrêté du DG ARS validant le protocole intervient après avis favorable de la HAS et du collège des financeurs.

Le travail d'élaboration des protocoles est long et fastidieux. La HAS veille particulièrement à la sécurité des patients, en portant une attention aigüe, aux analyses de risques, aux actions de prévention et correctives identifiées par les professionnels ayant élaborés le protocole. Un appui technique est souvent mis en place auprès des équipes. La charge de l'accompagnement des professionnels dans le secteur libéral depuis la création et la soumission des dossiers à la HAS, jusqu'à la recherche de financement, revient en pratique aux ARS. En règle générale, un appui technique et administratif aux porteurs est offert au sein des grosses structures hospitalières, ce qui n'empêche pas l'ARS d'intervenir dans le processus d'autorisation.

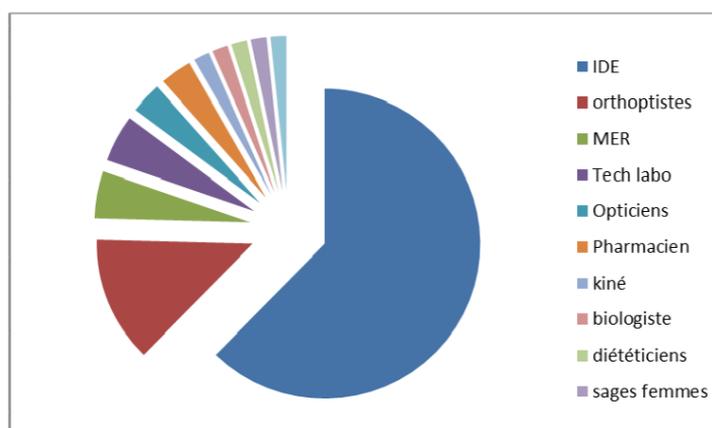
Le rapport du sénat¹⁹ soulève l'importance des moyens mis en œuvre par l'ARS dans l'accompagnement des protocoles portés par les professionnels libéraux pour garantir le succès de ces derniers.

¹⁸ Cf Annexe 1 : Modèle type HAS

2.1.4 Etat des lieux du déploiement des Protocoles de coopération en France et en Midi-Pyrénées.

Au niveau national, plus d'une cinquantaine de protocoles ont déjà été instruits et autorisés par la HAS et plus d'une soixantaine sont en cours d'instruction.

Les protocoles de coopération se font majoritairement par délégation d'acte du médecin vers l'infirmière. Comme l'illustre le schéma suivant.



Source : rapport d'activité 2013 sur les protocoles de coopération art 51 de la loi HPST, HAS.

Les thématiques traitées sont :

- Consultation et suivi de patients chroniques : Hépatite C, hémodialysés, administration d'anticancéreux oraux à domicile, patients à risques de mélanomes, diabétiques, suivi et éducation des patients sous AVK.
- Consultations diverses : vaccinations, addictologie, nutrition, MST, patients stomisés, contraception, rhumatologie, test d'allergies, plaies aiguës et chroniques, grippe saisonnière, dépistage fibrose hépatique, obésité, consultation IVG, HTA.
- Actes techniques : ponction en crête iliaque, échographies, ponction lymphocèle, aspiration nasotrachéale, prélèvements de cornées, kiné respiratoire, réinjection de sang marqué, fibroscan
- Ophtalmologie : dépistage, rétinopathie diabétique, adaptation lentilles, prélèvements de cornées, mesure de la réfraction et prescription de verres et monture.

¹⁹ **Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé, sénat session ordinaire de 2013-2014, C. Génisson et A. Milon.**

En Midi-Pyrénées on dénombre 9 protocoles autorisés dont 2 élaborés en Midi-Pyrénées :

- Réalisation d'échographies des veines et/ou artères des membres supérieurs par une infirmière en lieu et place d'un médecin
- Suivi de patients diabétiques traités par insuline munis d'un carnet glycémique électronique et surveillés par télémédecine avec prescriptions et soins par l'infirmier en lieu et place du médecin
- Protocole de coopération entre médecins radiologues ou nucléaires et manipulateurs d'électroradiologie médicale (ERM) formés à l'échographie, exerçant au minimum 50% de leur temps de travail dans ce domaine
- Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans
- Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans
- ASALEE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des "professionnels de santé" sur le territoire concerné
- Réalisation du frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage du cancer du col de l'utérus par l'infirmière du centre de santé "La Case de Santé"
- Interventions d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé
- Consultation infirmière de suivi des patients traités par anticancéreux oraux à domicile, délégation médicale

7 protocoles élaborés en Midi-Pyrénées et en cours d'autorisation:

- Prise en charge chirurgicale de l'ongle incarné par un pédicure podologue en lieu et place d'un chirurgien orthopédiste
- Coordination des patients atteints de spasticité suite à un accident vasculaire cérébral (AVC)
- Réinjection locale intra articulaire d'un analgésique et d'un anti-inflammatoire dans le genou par l'intermédiaire d'un cathéter

- Délégation de la consultation de suivi des TCA (trouble des comportements alimentaires)
- Prise en charge pluri-professionnelle des plaies chroniques des membres inférieurs et du pied diabétique.
- Prise en charge des patients parkinsoniens traités par stimulation cérébrale profonde (SCP): adaptation des réglages de stimulation par une infirmière en lieu et place du médecin à partir des évaluations motrice, comportementale et psycho sociale
- Prise en charge par un infirmier libéral des plaies chroniques suspectes 'origine vasculaires évoluant depuis plus de 3 mois chez des patients en EHPAD ou à domicile

Il est à ce stade, intéressant de noter l'accompagnement varié que l'ARS procure auprès des acteurs de terrain. En effet, lors d'une simple adhésion à un protocole déjà validé au sein d'une autre région, l'ARS s'assure que les conditions requises sont remplies pour une mise en place effective. Elle procède également à une aide consistant à aiguiller l'équipe sur les modalités d'adhésion et de mise en place sur le territoire.

Cependant, l'accompagnement au dépôt d'un protocole, de sa conception, au suivi de la procédure d'autorisation, à sa mise en œuvre effective sur le territoire, représente un temps d'accompagnement méthodologique, technique, et parfois financier conséquent, dont on peut prendre toute la mesure au travers d'un cas concret, développé ci-après.

2.2. Genèse du choix du sujet traité et intérêt professionnel:

Le protocole de coopération « intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » précédemment cité dans les 9 protocoles de coopération autorisés en Midi-Pyrénées est le premier protocole ambulatoire à avoir été élaboré dans la région.

Doté de multiples enjeux ce protocole a suscité une attention particulière de la HAS, souhaitant d'emblée lui donner une dimension nationale. L'équipe de l'ARS en charge des déploiements des protocoles de coopération a souhaité accentuer l'accompagnement dont il faisait l'objet pour plusieurs raisons :

- A la suite d'une élaboration ayant suscité l'engouement des professionnels concernés, sa mise en œuvre sur les territoires n'avait pas commencé à mon arrivée, malgré l'adhésion de plusieurs professionnels au protocole.
- Il était important de comprendre les causes de ces difficultés à débiter la coopération avant que les acteurs ne se démobilisent totalement.
- D'autres régions attendaient également un premier retour d'expériences sur le protocole Midi-Pyrénéen avant de commencer son déploiement dans leur région.
- L'investissement de plusieurs années des acteurs ayant collaboré à l'élaboration du protocole ne pouvait rester lettre morte.
- Un investissement financier de l'ARS avait déjà été engagé sur les formations des délégués entre autres.

L'enjeu de visibilité au niveau national du travail en région sur le protocole est également important, puisqu'il a fortement intéressé la HAS, au regard des innovations en matière d'exercices professionnels et de prévention de la dépendance qu'il sous-tend.

Mon arrivée sur ce sujet était l'occasion de pouvoir répondre aux difficultés rencontrées sur le protocole.

2.3. Présentation du protocole de coopération : « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » déployé en Midi-Pyrénées

2.3.1 Avènement du protocole

La projection démographique d'ici 2050 fait état d'une population française de plus de 70 millions de personnes, dont 1 personne sur 3 âgées de plus de 60 ans (33% de la population)²⁰. En Midi-Pyrénées, le vieillissement démographique est plus marqué que la moyenne nationale. Ainsi, au premier janvier 2030, la région comptera 3 105 000 habitants dont 32.2% auront plus de 60 ans²¹. Ce constat soulève de nombreuses questions parmi lesquelles, celles liées au risque de dépendance. L'enjeu à ce jour est d'assurer aux

²⁰ Insee, projection populationnelle pour la France métropolitaine à l'horizon 2050, http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089, consulté le 21/5/2015

²¹ Insee, projection de population régionale en Midi-Pyrénées à l'horizon 2030, http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=7&ref_id=11777, consulté le 21/05/2015

citoyens une vie plus longue, mais dans les meilleures conditions de santé possible, active et indépendante.

Dans la continuité des débats nationaux qui ont eu lieu en 2011 sur la dépendance, le Gérontopôle de Toulouse a été missionné par le Ministère des Affaires sociales de la Santé et des droits des Femmes, pour mener des travaux de recherche et des actions de prévention dans le domaine du vieillissement.

Le 28 septembre 2011 le DG de l'ARS Midi-Pyrénées a adressé une nouvelle lettre de mission aux équipes du Gérontopôle afin d'élargir leur champ d'action et d'expertise autour de la fragilité et de la prévention de l'autonomie des personnes âgées.

Si le développement de la prise en charge à l'hôpital de jour était un processus largement engagé, dans le cadre du projet régional de Midi-Pyrénées « Prévention de la dépendance évitable à l'hôpital », le déploiement de projets sur le premier recours était encore à construire.

C'est en ce sens que l'ARS a souhaité soutenir et accompagner le développement d'un protocole de coopération médecin/ infirmier dans le cadre du dépistage de la fragilité chez le sujet âgé.

Ainsi dès septembre 2011 le processus de réflexion sur le protocole de coopération était entamé. Etaient associés à son élaboration, des infirmiers libéraux et des médecins généralistes exerçants en MSP, ainsi que les gériatres du Gérontopôle. Un membre de chaque URPS concernée a été intégré au groupe de travail, et a participé au même titre que les autres professionnels de santé à la rédaction du protocole, sous l'égide de l'ARS.

En octobre 2012, le protocole a été déposé à la HAS. Suite au dépôt du protocole plusieurs réunions de travail courant 2013 se sont tenues avec les professionnels de santé l'ARS et la HAS, afin d'établir les indicateurs de suivi du protocole, ainsi que le contenu de la formation à l'attention des infirmiers libéraux adhérant au protocole. Ces réunions avaient également pour but d'élargir la portée du protocole au professionnels de santé en exercices isolés. En décembre 2013, la HAS a rendu un avis favorable sans réserve permettant le déploiement du protocole et a souhaité que puisse être donnée une dimension nationale au protocole. Elle a veillé à la concordance entre le protocole et les recommandations nationales sur le repérage et la prise en charge des sujets fragiles, marquant ainsi un intérêt national fort pour le développement de la prise en charge de la fragilité.

En février 2012, des rencontres ont eu lieu entre l'ARS et la cadre de santé du Gérontopôle en charge de bâtir la formation et de trouver les intervenants adéquats. La constitution finale du programme de formation, et de l'équipe de formation, sont établies en juin 2014.

La première session de formation des infirmières a eu lieu de septembre à décembre 2014. En février 2015, les professionnels de santé ont reçu les décisions d'autorisation de mise en œuvre du protocole.

Enfin, en mars 2015, les premières inclusions de patients dans le protocole de coopération ont lieu, marquant le début du déploiement du protocole.

Un peu plus de trois ans séparent donc l'élaboration du protocole de sa mise en œuvre.

2.3.2 Présentation du protocole de coopération « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé »²²

Le protocole a été élaboré afin de permettre à un infirmier libéral de diagnostiquer précocement le syndrome de fragilité chez une personne âgée et d'initier sa prise en charge, le tout se pratiquant au domicile du patient. Le but de cette prise en charge est bien de préserver et maintenir l'autonomie du patient fragile.

La prise en charge dans le cadre du protocole s'adresse à des personnes âgées de 75 ans et plus, vivant à domicile, avec suspicion d'un syndrome de fragilité

Les bénéfices secondaires à cette prise en charge sont multiples pour la personne âgée. Cela peut favoriser son maintien à domicile, améliorer sa qualité de vie et lui permettre de rejoindre une trajectoire de vieillissement réussie.

La diffusion de ce protocole peut également permettre de sensibiliser les professionnels de santé à la prise en charge de la fragilité du sujet âgé, encore peu ou non prise en compte par les professionnels, souvent non formés à ce type de diagnostic.

Le protocole repose sur un délégant, le médecin généraliste, ayant préalablement adhéré au protocole. Il est la « porte d'entrée » de l'inclusion du patient dans le protocole. Il détecte

²² Cf Annexe 2 : protocole de coopération « intervention IDEL à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé

ou confirme le besoin de réaliser un diagnostic du syndrome de fragilité chez le patient. Il informe le patient sur le déroulement du protocole et recueille son consentement éclairé, avant de l'orienter vers un infirmier libéral formé.

L'infirmier libéral est le délégué. Son adhésion au protocole lui demande d'effectuer une formation²³ de 40h, nécessaire à l'acquisition de compétences et connaissances pour le diagnostic et la prise en charge des personnes âgées fragiles. Son rôle est de poser le diagnostic de la fragilité à l'aide des grilles d'analyses²⁴ reconnues scientifiquement auprès des patients qui lui sont adressés par le médecin traitant. Si le diagnostic s'avère positif, il initie alors la prise en charge du patient. Il rédige un Plan Personnalisé de Santé²⁵ (PPS) qui sera formalisé, validé voir complété en réunion de concertation pluri-professionnel²⁶(RCP) en présence du médecin traitant, voire d'autres professionnels associés à la prise en charge du patient.

Afin de rendre l'infirmier autonome dans sa démarche de prise en charge, celui-ci a en sa possession, des prescriptions préétablies par le médecin traitant et non nominatives. Elles permettent d'initier des prises en charge de kinésithérapie, ou diététique et de prescrire des bilans biologiques objectivant le diagnostic de fragilité, ainsi que des compléments alimentaires en cas de troubles nutritionnels.

2.3.3 Un protocole de coopération innovant

Selon le Larousse l'innovation est définie comme :

« L'ensemble du processus qui se déroule depuis la naissance d'une idée jusqu'à sa matérialisation (lancement d'un produit), en passant par l'étude du marché, le développement du prototype et les premières étapes de la production.

Processus d'influence qui conduit au changement social et dont l'effet consiste à rejeter les normes sociales existantes et à en proposer de nouvelles. »

²³ Cf Annexe 3 : Formation IDEL au protocole de coopération Fragilité

²⁴ Cf Annexe 4 : Outils diagnostics

²⁵ PPS est un plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s), et nécessitant un travail formalisé entre acteurs de proximité. Il s'agit de favoriser la prise en charge en équipe pluri-professionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique. Ce plan d'action fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation. HAS, mars 2014

²⁶ RCP : rencontres impliquant au moins le délégant et le délégué de la personne âgée. Elle permet d'examiner à un rythme régulier l'évolution de l'état de santé du patient et de sa prise en charge et faire des ajustements si nécessaire. Faire une analyse d'évènements indésirables et envisager alors des actions correctrices.

Si l'on se réfère à cette définition, le protocole de coopération « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » est bien une innovation régionale et nationale au sens strict du terme.

Le protocole répond à un besoin identifié par les acteurs de terrains. L'équipe de l'ARS Midi-Pyrénées continue d'accompagner ce projet encore au stade du déploiement sur le territoire.

Sa création, son autorisation par la HAS, ainsi que l'accueil positif qu'il a reçu auprès des représentants des professionnels, marque le début de nouvelles pratiques, tant en ce qui concerne la délégation de tâches entre professionnels de santé, qu'en termes d'impacts sur la santé de la population. La prise en charge de la fragilité n'avait alors que très peu été pensée sur le secteur du premier recours.

En outre, et c'est là un enjeu majeur, le diagnostic de la fragilité à domicile par un infirmier est une pratique inédite qui à terme pourra potentiellement conduire à un changement de pratiques dans la prise en charge de la fragilité et induire une réponse de proximité adéquate au risque de perte d'autonomie.

Si dans ce domaine nous ne sommes pas face à un « rejet des normes sociales prés établies », une évolution, un changement est bien en cours.

D'une part un changement de pratiques professionnelles, induisant une coopération accrue entre professionnels de premier recours, qui par dérogation reconnaît le diagnostic infirmier, et une montée en compétence des infirmiers libéraux qui ne saurait rester lettre morte.

D'autre part, ce protocole impose un changement dans les mentalités des patients et de leur entourage. La prévention de la fragilité est un concept novateur, qui demande une adaptation des modes de pensées habituels. La fragilité n'est pas une maladie mais un syndrome, ainsi le patient sollicité dans ce type de prise en charge peut éprouver une certaine réticence à être accompagné dans une démarche dont il ne ressent pas réellement le besoin.

Si la prise en charge de la fragilité est une action de prévention de l'état de dépendance, la dépendance elle-même n'est pas catégorisée au titre de maladie mais de syndrome (CIM-10). Dans ce cas la notion de prévention prend également une autre dimension que celle de

la prévention des pathologies comme les cancers, et demande à la société de s'adapter à ces évolutions de prise en charge, avant d'y adhérer.

2.3.4 Les forces en présences (Gérontopôle, MSP, URPS, ARS)

A l'origine de tous projets, on trouve des acteurs forces de proposition. Essentiels dans l'avènement et la mise en œuvre des protocoles de coopérations, ces acteurs de par leurs expériences et leurs connaissances sont garants de la mise en œuvre du projet.

Le protocole de fragilité se déploie sur le secteur ambulatoire, il concerne donc les professionnels qui pourraient prendre part au protocole, c'est à dire les professionnels du premier recours, ainsi que les professionnels possédant une expertise sur le sujet traité, et enfin des professionnels fédérateurs et dotés de compétences méthodologiques.

A l'origine du protocole, comme nous l'avons décrit plus en amont, se trouve l'équipe de Gérontologie du Gérontopôle de Toulouse, mandatée pour développer le dépistage de la fragilité sur le territoire Midi-Pyrénéen par l'ARS. Le projet de déssectoriser le diagnostic et la prise en charge de la fragilité du milieu hospitalier et de l'ouvrir sur le premier recours s'est alors engagé. Si le Gérontopôle apporte son expertise scientifique en termes d'évaluation de la fragilité et sur les modalités de prise en charge, la participation de professionnels de santé de premier recours est essentielle à la concrétisation d'un projet sur ce secteur.

Ainsi, deux MSP ont participé à l'élaboration du protocole. Quatre Médecins et quatre infirmières ont entamé une réflexion sur l'organisation et la mise en œuvre de la coopération relative à ce protocole. Ces professionnels ont pu nourrir le protocole de leurs expériences quotidiennes et donner un sens pratique au protocole, afin qu'il puisse se déployer sur les territoires. Les professionnels de santé exerçant en MSP sont des partenaires privilégiés dans l'élaboration de protocoles de coopération. Leur exercice regroupé autour d'un projet de santé partagé sur des sujets de prévention, d'éducation thérapeutique, de santé publique, les dote d'une expérience, riche relative au travail en collaboration pluri-professionnelle et dans la prise en charge holistique des patients, grâce notamment aux réunions de concertation pluri-professionnelles.

Autre force en présence, les représentants des URPS médecins et infirmiers. Les URPS participent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre sur les

territoires. Elles œuvrent à des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétences de l'ARS (selon la loi HPST 2009).

Leur implication dans la mise en œuvre des protocoles de coopération revêt un caractère à la fois légal, puisque les URPS doivent prendre part aux missions impliquant les professionnels libéraux, mais également politique car en tant que représentant des professionnels libéraux, les URPS veillent à tous projets ou modifications de pratiques impactant leur profession. Leur association à l'élaboration du protocole de coopération, permet d'ouvrir le dialogue autour des nouveaux modes de pratiques, de les diffuser via les élus URPS et de s'assurer de l'adhésion des professions intéressées afin de prévenir de possibles freins au déploiement du protocole.

Enfin, l'ARS assure un accompagnement des équipes de professionnels de santé à l'œuvre tout au long du processus. Elle offre un appui méthodologique aux équipes dans l'élaboration du protocole. Interlocutrice de la HAS sur le suivi des dossiers, elle s'assure de l'avancée des protocoles à l'étude. Elle accompagne également les équipes au développement et au recueil d'indicateurs permettant l'évaluation à terme de la plus-value des coopérations engagées. L'évaluation médico-économique du protocole est également une étape importante qui peut permettre in fine la pérennisation des modalités de rémunération du délégant et délégué du protocole. Cette décision est prise par le collège des financeurs après examen de l'argumentaire médico-économique. Ainsi, la loi de financement de la sécurité sociale de 2014 a intégré au code de la santé publique 3 articles dédiés au financement de protocoles de coopération, articles L.4011-2-1 à L. 4011-2-3, créant un collège des financeurs chargé de l'examen préalable des protocoles permettant une tarification dérogatoire des actes pratiqués.

L'ARS, dans l'intervalle de l'examen des dossiers par le collège des financeurs qui se réunit 4 fois par an, ou encore dans l'attente de l'élaboration du modèle-économique (ou en son absence), peut sous autorisation du DG ARS prendre en charge la rémunération des actes pratiqués, afin de permettre la mise en œuvre du protocole, sous couvert de l'avis favorable de la HAS. L'attribution du financement au protocole se fait alors sur l'enveloppe du FIR.

La co-construction d'un projet et la nécessité d'offrir à tous les acteurs en présence un champ d'expression et un pouvoir décisionnel dans son champ de compétence, permet de s'assurer de l'adhésion de chacun et de garantir un travail de qualité sur le projet. Le travail de concert entre financeur, politique, opérateur doit veiller à garantir l'efficacité du projet

déployé, puisque c'est bien l'efficacité du protocole de coopération qui sera analysée au niveau central et qui permettra alors la pérennisation du protocole.

2.3.5 Les modes de rémunération

Concernant le protocole de coopération « *Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé* » plusieurs modalités de rémunération sont à envisager.

L'acte de diagnostic de la fragilité :

Le modèle-économique doit assurer aux infirmiers une rémunération qui couvre leur effort de formation et le temps dégagé pour assumer la charge de travail supplémentaire dans l'activité quotidienne, induite par le temps du diagnostic.

La contrainte économique consiste à ne pas générer de surcoût, à l'heure où la tendance politique est à la nécessaire rationalisation des coûts de la santé. Le montant de la rémunération du délégué (infirmier) ne peut donc être supérieur au montant de la rémunération du délégant (médecin généraliste).

Dans l'attente ou la perspective d'une rémunération Nationale, le diagnostic de la fragilité réalisé auprès des patients est rémunéré à titre dérogatoire à l'IDEL. Cette rémunération est octroyée par l'ARS via l'enveloppe du FIR.

Le diagnostic de fragilité est calibré sur environ 1 heure. En l'absence de rémunération équivalente existante, le modèle économique développé par l'ARS, en concertation avec les professionnels, propose un niveau de rémunération basé sur une indemnisation du temps infirmier, en regard du coup hypothétique d'une prise en charge de même nature par le médecin.

- Données tarifaires concernant les médecins généralistes

Actuellement, les médecins généralistes ne réalisent pas les diagnostics de fragilité des sujets âgés, par manque de temps (environ 1h par diagnostic), voire de formation, mais aussi parce que la nomenclature des actes professionnels ne prévoit pas d'acte spécifique dédié à la rémunération du dépistage de fragilité, que ce soit en cabinet ou à domicile.

Afin d'évaluer la différence de coût théorique entre une prise en charge médicale ou infirmière, il convient de rechercher dans la nomenclature des actes ou dans les diverses indemnités des médecins le niveau de rémunération le plus adapté.

Compte tenu du temps dédié au diagnostic, il y a donc lieu de rechercher une cotation par assimilation au niveau de la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels).

Le niveau de rémunération théorique pour les médecins généralistes par assimilation, peut être estimé à :

- une consultation comprenant une rémunération spécifique annuelle pour un patient en ALD, soit une rémunération de médecin traitant (RMT) = 40 €

ou encore

- une visite longue et complexe réalisée au domicile du patient atteint de maladie neuro-dégénérative par le médecin traitant, soit : Visite longue et complexe = $23 \times 2 = 46$ €

- *Données tarifaires concernant les infirmiers*

L'évaluation du coût horaire du travail d'un infirmier libéral est ici basée sur le montant de l'indemnité pour perte de revenus de la formation conventionnelle, qui s'élève à 75 AMI²⁷ par jour.

Coût horaire : $75 \text{ AMI} / 7 \text{ h} = (75 \times 3,15 = 236,25 \text{ €}) / 7 = 33.75 \text{ €}$

La valorisation de l'acte de diagnostic de fragilité serait donc de 33.75 €. Cependant, l'expérience des professionnels à l'égard de tels diagnostics tend à montrer que l'acte dure plus de 1h. Dans cette perspective et pour valoriser le travail des IDEL adhérant au protocole, la rémunération de l'acte diagnostic pour une infirmière s'élève à ce jour à 40€.

- Comparaison du coût actuel théorique entre la rémunération du médecin et de l'infirmier

Quel que soit le mode de calcul de la rémunération du MG pour la réalisation du diagnostic de fragilité de la personne âgée, elle se situe au dessus du montant de rémunération

²⁷ **AMI : actes médicaux infirmier, lettre clé de la nomenclature générale des actes professionnels**

proposé pour les infirmiers. Ainsi, la rémunération rentre dans un des critères médico-économiques incombant aux protocoles de coopération.

- Coût annuel

À raison de 4 patients par mois par infirmier en moyenne, le coût se situe à 2000€ par infirmier pour l'année 2015. A ce coût s'ajoute les indemnités kilométriques et l'indemnité forfaitaire.

La rémunération de la coordination médecins-infirmiers

Les temps de coordination médecin infirmier impactant de quelques heures leurs activités de soins, doivent être rémunérées. C'est une rémunération compensatoire de la perte de revenue engendrée par une occupation autre que celle de l'activité de soin, mais qui entre pourtant dans le processus de prise en charge globale du patient.

Pour les professionnels de santé constitués en société interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)²⁸ et ayant pu bénéficier de l'expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR), la rémunération des temps de coordination est imputée sur le « forfait coordination » perçu via les ENMR. Le montant de l'indemnisation des professionnels est laissé au soin de la MSP

L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR) a débuté en 2010 en application de l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2008. Elle était portée par le Ministère de la santé (Direction de la Sécurité Sociale: DSS et Direction Générale de l'Offre de Soins: DGOS). Elle avait pour objectif la modernisation de l'organisation des soins de santé primaire en France.

²⁸ SISA : 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST, la SISA constitue une nouvelle forme juridique particulièrement adaptée aux besoins et attentes des professionnels de santé exerçant au sein des maisons de santé. Elle autorise l'exercice en commun de certaines activités rémunérées par les expérimentations de nouveaux modes de rémunération, la facturation par la structure des honoraires à l'assurance maladie, tout en préservant l'exercice libéral des professions de santé et en restant transparent sur le plan fiscal. »La loi dispose que la SISA a pour objet (art. L.4041-2 du code de la santé publique). Ministère des affaires sociales de la santé et du droit des femmes, Les SISA <http://www.sante.gouv.fr/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa.html>, 22 août 2012.

La contractualisation entre MSP constituées en SISA ou centre de santé et ARS comportaient des engagements selon trois axes

- Le travail en équipe
- L'accès aux soins
- Un système d'information partagé

L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération s'est développée dès 2010 en Midi-Pyrénées sur une MSP et un centre de santé. L'expérimentation s'est ensuite étendue en 2014 avec 9 MSP bénéficiant des ENMR sur les fonds nationaux, et 9 autres bénéficiant d'une allocation sur le FIR afin de répondre aux velléités des MSP et centres de santé, désireux de développer leur travail de coordination.

Ainsi, le déploiement du protocole s'est réalisé de façon privilégiée auprès des équipes bénéficiant de ces modes de rémunération.

Le 27 février 2015, un arrêté portant approbation du règlement arbitral²⁹ concernant les NMR aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité est paru. Ce règlement arbitral vise à pérenniser les expérimentations les nouveaux modes de rémunération et étendre le dispositif sur les structures adéquates (constituées en SISA ou centre de santé). Ce mode de rémunération n'a pas été sans conséquences sur le déploiement du protocole de coopération sur la fragilité.

Concernant les professionnels en exercice isolé, les temps de coordination ne peuvent être rémunérés. En effet, aucun modèle-économique à ce jour ne permet une rémunération directe des professionnels sur un temps de concertation.

2.3.6 Etat des lieux de son déploiement

Le 23 février 2015, date de ma prise de fonction en tant que stagiaire au sein du DPR, le protocole était validé par la HAS depuis janvier 2014, autorisé par voie d'arrêté par l'ARS Midi-Pyrénées dès février 2014. Onze infirmiers libéraux étaient formés depuis décembre 2014, 15 médecins avaient adhéré au protocole. Pourtant, aucun patient n'avait été inclus dans le protocole de coopération sur la fragilité.

²⁹ Cf Annexe 6 : Note sur les Nouveaux Mode de Rémunération

Son déploiement en termes de lieux et de modalités d'exercice se faisait comme suit :

Nombre Délégués + Délégants	Modalités et Lieu d'exercice
2 IDEL+ 2 MG	MSP Brassac-81
1 IDEL+ 2 MG	MSP Aspet -31
1 IDEL+ 3 MG	Toulouse-Reynerie -31
1 IDEL+ 1 MG	MSP Nailloux-31
2 IDEL + 1 MG	Toulouse Borderouge -31
4 IDEL + 6 MG	MSP Vic-Fézensac -32
TOTAL : 11 IDEL et 15 MG adhérents au protocole de coopération issus de la première vague de formation (oct- nov 2014)	

Cet état de fait a suscité le questionnement de l'équipe de l'ARS en charge de l'accompagnement du déploiement du protocole. Dès lors, la première étape, avant d'intervenir de façon concrète sur le terrain, était d'appréhender les freins potentiels liés à sa mise en œuvre, ainsi que les leviers d'actions possibles pour remobiliser les acteurs autour du déploiement du protocole. Cette étape visait à cibler nos actions à venir, afin d'en assurer la pertinence.

2.4. Les Freins possibles au déploiement du protocole

2.4.1 Des lenteurss de mise en œuvre liées au cadre juridique et au niveau d'exigence³⁰

Une première étape importante dans le travail d'élaboration réside dans la construction des dossiers³¹ susceptibles d'être validés par la HAS. C'est un travail long qui demande une grande rigueur dans son écriture, l'enjeu étant la validation par la HAS, dans les meilleurs délais.

³⁰ C. Génisson, A. Milon, Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé, Senat n°318, 28/01/2014, p15.

³¹ Cf : Annexe 1 : modèles type de protocole de coopération élaboré par la HAS

Ce document est composé d'une fiche projet retraçant la nature des actes dérogatoires, les professionnels concernés par le protocole et les patients ciblés par ce dernier. Il demande la définition du lieu spécifique de mise en œuvre. Les références scientifiques ayant étayé le processus de construction du protocole, sont également des éléments essentiels assurant l'utilité et la qualité scientifique du protocole. L'analyse des risques et des actions préventives et correctives associées est une étape primordiale, veillant à la sécurité des pratiques et à la sécurité des patients. La réflexion sur la formation des délégués à l'acte dérogatoire doit également être aboutie dès ce stade. Enfin, les indicateurs de qualité associés aux spécificités du protocole doivent être produits dans la perspective de l'évaluation quantitative, qualitative et de la sécurité du protocole. La satisfaction des professionnels et des patients est également largement prise en compte. La description du processus de prise en charge doit également être exhaustive. Cette étape d'élaboration a demandé près d'un an de travail au groupe de travail sur le protocole de la fragilité.

La phase d'analyse scientifique par la HAS est également longue. Les groupes de travail sont souvent remobilisés afin de traiter des questions de fond sur les protocoles. L'organisation des rencontres, le réajustement des notions qui s'impose, demande là encore une mobilisation de temps importante de la part de chaque acteur. La validation du protocole de coopération sur la fragilité par la HAS a pris plus d'un an. Si cette lenteur des procédures est motivée par un souci de sécurisation des processus, elle demeure un frein important au déploiement des protocoles.

En effet, cette lourdeur des démarches d'élaboration surtout due à la lenteur des procédures amenant à l'autorisation de mise en place des protocoles, demande une implication personnelle importante et durable de la part de tous les acteurs du groupe de travail, chacun ayant par ailleurs une forte charge de travail. Le risque majeur est de voir le protocole abandonné avant la fin de son élaboration et que les équipes à l'origine de sa genèse se démobilisent et ne souhaitent plus y participer. Les protocoles sont indubitablement liés aux velléités des professionnels de santé. Afin que leur motivation à voir naître le protocole demeure, l'ARS a un rôle primordial à jouer dans la fédération des acteurs autour du projet et dans la simplification des démarches administratives qui leur incombent.

En aval des autorisations, les problèmes de déploiement peuvent également être induits par une maîtrise approximative par les professionnels de santé de l'objet du protocole, en ce qui nous concerne ici, de la fragilité.

2.4.2 Un concept novateur : la fragilité

Depuis plus de 10 ans, la communauté scientifique gériatrique et gérontologie porte un intérêt fort au concept de fragilité. En 2001, la Société Française de gériatrie et gérontologie a adopté la définition suivante de la fragilité : *« la fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserves qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de la fragilité mais n'explique pas à lui seul le syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible »*³²

La fragilité est donc une situation dynamique pouvant évoluer vers une rupture d'équilibre causée par un stress d'ordre psychique, physique ou physiologique et aboutir à une perte d'autonomie. La fragilité est un état qui pris en charge via des interventions pluri-professionnelles peut être réversible, contrairement à la dépendance. Le diagnostic et la prise en charge précoce du syndrome de fragilité permet donc le maintien de l'autonomie du patient. C'est le but envisagé par le protocole de coopération pluri-professionnel ici étudié.

L'affirmation du concept a eu lieu en 2012 dans le cadre du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, alors que dans le même temps le Gérontopôle de Toulouse en la personne de Pr. Vellas, était saisi afin d'évaluer les modalités de repérage et de prise en charge des sujets âgés fragiles. La promulgation du concept a continué avec la création de recommandations de la HAS en 2013 « comment repérer la fragilité en soins ambulatoire » largement empreinte du protocole de coopération « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé ». Enfin l'intérêt du concept a été réaffirmé via le rapport de l'Académie nationale de médecine de mai 2014.

³² **Rolland Y and al., Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1/12/2011**

Ce concept est donc relativement novateur dans le champ de la santé et demande de ce fait un changement de pratique et de prise en charge de la personne âgée important.

C'est une évolution des pratiques et de la prise en charge, qui doit s'opérer dans la prise en compte de ce syndrome. Ce qui demande un changement des pratiques et un réajustement des connaissances des professionnels de santé.

Ceci n'est pas sans conséquence sur le déploiement du protocole de coopération qui nous intéresse. En effet, il demande de par sa nature un développement de la coopération autour d'actes dérogatoires, ainsi qu'une adaptation des savoirs et savoirs faire des professionnels au regard de la prise en charge de la fragilité, syndrome jusqu'alors non pris en compte dans le suivi des personnes âgées.

La délégation du diagnostic de la fragilité du médecin généraliste à un infirmier libéral, et de l'initiation de la prise en charge de la personne fragile, alors que le médecin généraliste lui-même semble encore peu sensibilisé à ce nouveau concept de fragilité, peut également entraîner certains freins au développement du protocole.

2.4.3 Les singularités afférentes au protocole

Par définition, un protocole de coopération demande à un délégant, de déléguer dans le cadre dérogatoire du protocole, un acte ou une tâche à un délégué. La nature de l'acte devrait dès lors être connue et maîtrisée par le délégant qui en est le détenteur ou l'instigateur premier.

Or concernant le diagnostic de la fragilité, concept extrêmement récent, il semble que les médecins généraliste n'y soient pas tous sensibilisés, ou en tout cas, ne le mettent pas en œuvre lors de consultations auprès de personnes âgées.

Il ne s'agit donc pas ici stricto sensu d'un transfert d'activité, mais plus d'une réorganisation des modes d'intervention du délégant et du délégué auprès du patient.

Nous nous retrouvons dans une configuration où l'infirmier délégué formé au diagnostic et à la prise en charge de la fragilité, peut avoir des compétences et connaissances plus larges que celles du délégant concernant l'activité dérogatoire.

Cette singularité n'est pas règle générale, car certains médecins généralistes ayant un diplôme universitaire en gériatrie sont dotés de ces connaissances. De plus, les connaissances médicales permettent aux médecins de monter rapidement en compétences sur de nouveaux sujets médicaux.

En outre, sans parfaitement maîtriser le syndrome de la fragilité et ses enjeux, leurs compétences médicales dans la prise en charge des patients restent un atout important dans la validation des plans personnalisés de santé élaborés par les infirmiers. Elles demeurent indispensables dans l'encadrement du protocole et de l'acte dérogatoire, qui demandent à plusieurs reprises une réévaluation pluri-professionnelle de l'évolution de l'état de santé du patient.

La valorisation du diagnostic de l'infirmier relatif à ce protocole est également une singularité. Depuis 1978 on reconnaît aux infirmiers un « rôle propre », qui s'accompagne de procédure de travail tel que la « démarche de soins infirmiers » dont « le diagnostic infirmier » fait parti. Le diagnostic infirmier vient en complément du diagnostic médical et ne s'y substitue pas. Les diagnostics infirmiers sont centrés sur des problèmes de santé présents ou potentiels permettant de cibler les actions infirmières sur les besoins de la personne et non sa pathologie.

Le diagnostic de la fragilité exécuté par l'infirmier dans le cadre du protocole relève lui, autant du diagnostic médical que du diagnostic infirmier. L'infirmier est dans ce cadre habilité à émettre un diagnostic, et via l'interprétation des données recueillies et des grilles scientifiques aidant à l'objectivation du diagnostic, via l'interprétation du bilan biologique renseignant sur les diminutions des capacités physiologiques ou les carences associées au syndrome de fragilité. Nous sommes bien dans ce cas sur un diagnostic médical, que l'infirmière étaye de son diagnostic infirmier afin d'assurer une prise en charge globale du patient. La formalisation du plan d'action relatif aux besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux du patient, par le PPS permet alors la validation ou non par le médecin délégué du diagnostic et de la prise en charge prévue par le délégué.

Enfin, le délégué est habilité à prescrire via des prescriptions prés remplies et anonymisées par le médecin délégué des séances de kinésithérapie, de diététique, des prescriptions de bilans biologiques, et des compléments alimentaires. L'octroi de la décision de prescription à l'infirmier est une singularité importante du protocole. Elle inaugure également un changement de pratiques important pour les infirmiers, qui s'émancipent de l'image de « profession prescrite ». Si, dans le cadre du protocole, les professionnels de santé et URPS se sont entendus sur la possibilité pour les infirmiers d'avoir à disposition des prescriptions préétablies, il semble que ça ne va pas de soi pour d'autres entités représentatives des médecins.

Le protocole bouleverse, par ces différentes dispositions, les acquis et prérogatives de la profession médicale, permettant par la même une autonomisation de l'infirmier dans la prise en charge du patient.

Il semble dès lors pertinent d'analyser les changements systémiques initiés par le protocole au regard de la division historique du travail dans le champ de la santé.

2.4.4 La division du travail dans le monde de la santé

Comme l'indique E. Freidson³³, dans son ouvrage « la profession médicale », les médecins ont acquis au début du XXème siècle l'autonomie fonctionnelle. Cette capacité permet dès lors à la médecine d'évaluer et de contrôler elle-même l'aspect technique de son propre travail. Ceci est l'aboutissement d'une longue et difficile entreprise au cours de laquelle, les médecins ont écarté toute concurrence, pour imposer un monopôle du diagnostic et du traitement de la maladie. Ainsi, la médecine s'est adjointe une autonomie technique. Cette autonomie technique présuppose l'implication de la possibilité, voire d'un devoir de contrôle par profession médicale de tous les métiers paramédicaux, instituant de fait la médecine comme profession dominante.

Jusqu'alors le monopôle du diagnostic et du traitement, comme celui de l'acte prescriptif était acquis à la profession médicale.

Ce pouvoir de monopôle et de contrôle est l'aboutissement de pressions politiques qui ont permis une division du travail entre le médical et le paramédical auprès des pouvoirs publics. Ainsi, comme défini par Freidson³⁴ « le terme paramédical s'applique aux métiers relatifs à l'administration des soins qui tombent sous le contrôle du médecin ».

En outre, comme le souligne D. Carricaburu³⁵, il y a dans l'exercice de la profession médicale des tâches considérées comme prestigieuses, soigneusement gardées par le corps médical et des tâches considérées comme moins nobles, qu'elle va déléguer aux paramédicaux et aux infirmiers notamment. En outre, les emplois paramédicaux sont souvent subordonnés dans la mesure où ils ne s'exercent qu'en aval de la demande médicale, c'est-à-dire sous prescription orale ou écrite et sous contrôle.

³³ Eliot Freidson, *La profession médicale*, Payot, Paris, 1984, p58.

³⁴ Ibid

³⁵ D. Carricaburu et M. Ménoret, *sociologie de la santé, Institutions, professions et maladies*, armand colin, 2014, p 64-65.

Il est important d'avoir cette grille de lecture conceptuelle, afin de comprendre les changements profonds engagés par les protocoles de coopération pluri-professionnels et les tensions que ces changements sous-tendent. Les frontières de la division du travail deviennent plus poreuses avec la mise en place de protocole de coopération.

Si nous revenons à l'exemple du protocole de coopération sur la fragilité, le diagnostic, alors acte intellectuel dont le monopôle est détenu par le médecin, se trouve délégué à l'infirmier. Une part du monopôle médical reviendrait dans ce cadre, pour l'instant, très restreints à l'infirmier. Le protocole touche ici un des piliers de la profession médicale et demande un réagencement de la division du travail jusqu'alors durement acquise et protégée par la profession médicale. Il en est de même pour l'autorisation de prescription par l'infirmier autorisé par le protocole. Si la prescription est pré-remplie par le médecin, l'infirmier reste juge et détenteur des modalités de délivrance de l'ordonnance.

Ce protocole touche deux symboliques fortes de l'hégémonie médicale sur les métiers paramédicaux mais aussi sur la société et la représentation qu'elle a de la profession médicale.

Ceci n'est pas sans conséquence sur les freins que peuvent rencontrer les protocoles dans leur déploiement et d'autant plus, le protocole de coopération sur la fragilité, le seul à ce jour, à autoriser la réalisation d'un diagnostic par un infirmier. En témoignent les écrits de l'URPS médecin de Midi-Pyrénées³⁶. Les médecins y soulignent le bénéfice des protocoles pour les patients qui jouiront de plus de temps médical grâce à la délégation de tâches « secondaires » aux infirmiers, avec cependant une nécessité forte de contrôle de la délégation par le délégant. Certains opposent à l'intérêt des protocoles une vision « low-cost » des soins envisagés par les pouvoirs publics. Les esprits s'accordent sur l'intérêt des protocoles de coopération dans le but de libérer du temps médical. Cependant, ils soulignent l'importance de l'encadrement et le contrôle, par le médecin de l'acte délégué. Le maintien de l'équilibre économique de l'activité libérale des professionnels de santé reste un sujet sensible et incontournable pour les médecins.

Marie-Ange Boulesteix³⁷(médecin angiologue) illustre bien les tensions et résistances en jeu face aux changements de pratique, à travers ses propos « *Les médecins ne sont pas opposés à une évolution de leur pratique et à une délégation de tâches vers d'autres professionnels de santé. Mais leur compétences médicales doivent être reconnues et*

³⁶ MJ Renaudie et al. coopération entre professionnels de santé, URPS info n°9, janvier 2015, p2-7.

³⁷ M-A Boulesteix, délégation de tâches, coopération entre professionnels de santé, URPS info n°9, janvier 2015, p6.

respectées, la maîtrise de la gestion du patient doit rester leur prérogative avec la rémunération qui va avec ».

La rémunération dans le secteur libéral est un sujet sensible qui peut entraîner des réticences dans la mise en œuvre des protocoles au regard du temps et de l'implication importante demandée au délégant mais aussi et surtout au délégué.

La délégation d'un acte pose en effet la question du manque à gagner pour le médecin délégant. Cependant, le protocole de coopération sur la fragilité dénote dans ce concept de délégation de tâche. Les médecins n'ayant aucune cotation pour le diagnostic de la fragilité, aucune perte économique n'est à redouter. Pour autant, les temps de coordination inhérents à la mise en place du protocole restent chronophages et requièrent une rémunération compensatoire, non garantie à ce jour.

2.4.5 RCP et modalités de rémunération pour le protocole de coopération pluri-professionnels sur la fragilité

Nous avons évoqué plus en amont les modalités de rémunération des RCP. Ce sont des temps de concertation privilégiés auxquels ne peuvent déroger délégants et délégués. Ces temps permettent de passer en revue les plans personnalisés de santé de chaque patient inclus dans le protocole. La situation du patient est ainsi réévaluée, et le jugement médical sur la situation permet d'opérer les réajustements de prise en charge nécessaires.

Ces rencontres peuvent être motivées par un simple « examen de routine » des patients inclus dans le protocole ou pour une analyse d'évènements indésirables, survenus au cours de la prise en charge par l'IDEL.

La concertation encadre et évalue les pratiques de l'infirmier et permet ainsi de sécuriser la prise en charge du patient et légitimer la posture du délégant. Il est bon, dans l'analyse des freins, de percevoir le temps supplémentaire que le médecin passe au final à évaluer les PPS des patients fragiles. C'est un temps additionnel à sa charge de travail habituelle, ce qui peut s'opposer à la logique de mise en œuvre des protocoles qui ont « traditionnellement » pour bénéfice secondaire de dégager du temps médical.

A ce jour, dans sa pratique quotidienne un médecin libéral ne fait pas de diagnostic de fragilité et n'opère pas d'accompagnement spécifique pour le sujet âgé fragile; c'est ce que tente de corriger le protocole en transposant le temps de diagnostic de la fragilité sur le temps de soin infirmier. Malgré tout, le temps de RCP vient en ajout de l'activité du délégant et du délégué, ce qui peut entraîner des réticences tant à l'adhésion au protocole, qu'au déploiement de celui-ci, dans les conditions de suivis prévues.

Les réunions de concertation sont également des temps où, ni le délégrant, ni le délégué, ne sont rémunérés au regard de leur activité de soin. La rémunération des temps de coordination a été prévue via les nouveaux modes de rémunération, dont sont dotés les MSP qui en ont fait la demande et qui répondent à des engagements précis. Ces modes de rémunération tendent à se diffuser à l'ensemble des MSP correspondantes aux pré-requis de contractualisation.

La question de la rémunération des RCP se pose cependant pour les professionnels en exercice isolé. Aucun modèle économique à ce jour ne permet de verser une rémunération compensatoire sur ce temps de concertation à ces professionnels. Si, avant leur adhésion au protocole, futurs délégrants et délégués sont informés, il n'en reste pas moins que le manque à gagner risque de transparaître via des adaptations du protocole spécifique à ce fait : pas ou trop peu de temps de RCP par patient, des débriefings téléphoniques qui ne seront pas de nature à assurer une qualité et sécurité des pratiques. Cette impossibilité de rémunération auprès des professionnels en exercice isolé favorise un déploiement du protocole en MSP et peut défavoriser la prise en charge des sujets âgés fragiles dans des territoires où l'exercice isolé est majoritaire.

Les réunions de concertations pluri-professionnelles sont des temps d'échanges qui doivent garantir la qualité, et la sécurité de la prise en charge. La délégation d'acte n'est pas anodine et demande au délégrant d'opérer des vérifications concernant la délégation engagée auprès de ses patients.

2.4.6 Responsabilité professionnelle engagée

L'article 51 loi HPST 2009, permet aux professionnels volontaires d'organiser des délégations d'actes à travers des protocoles autorisés par l'ARS et validés par la HAS.

Un délégué, par le présent article, est dès lors autorisé à effectuer des actes ou activités en lieu et place d'un délégrant.

Ainsi, la responsabilité civile des acteurs du protocole pose question.

L'article 122-4 du code pénal décrète que: « N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires. »

Ainsi, l'autorisation délivrée par l'ARS permet au délégant d'agir dans le cadre des dispositions du précédent article, qui exonère de sa responsabilité pénale l'individu dont les agissements sont « autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires ».³⁸

Le délégant ne peut être reconnu pénalement responsable des actes qu'il délègue tant qu'il respecte les dispositions réglementaires autorisées, et ne déroge pas aux dispositions établies dans le protocole de coopération.

Article R4312-14 CSP : « L'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. »

Dans le cadre de la délégation, l'infirmier étant formé et habilité à effectuer des actes et activités spécifiques, il sera entièrement responsable professionnellement et pénalement de ces derniers.

Cependant, le terme de délégation suppose que l'acte n'appartient pas au domaine propre du professionnel de santé paramédical qui l'effectue, mais relève de la responsabilité d'un autre professionnel. La Cour de cassation, dans plusieurs arrêts concordants dont un arrêt du 26 juin 2001, a rappelé avec force que la délégation entraîne nécessairement pour celui qui délègue un devoir de surveillance, de contrôle et au besoin d'assistance du délégué. L'absence de contrôle peut ainsi être constitutive d'une faute caractérisée entraînant une responsabilité pénale du fait de l'exposition du patient à un risque d'une particulière gravité que le professionnel délégant ne pouvait ignorer.³⁹

Le protocole de coopération engage la responsabilité tant du délégant que du délégué, chacun étant responsable de ses actes. Face à l'autonomisation de l'infirmier dans le suivi du patient fragile, leur responsabilité est grandissante, et tous ne sont peut être pas préparés à l'assumer.

2.5. Les Leviers d'action

³⁸ **P. Desmarais, Les protocoles de coopération entre professionnels de santé : un dispositif à peaufiner, RDSS 2012 p.513**

³⁹ **Rapport d'information n° 318 (2013-2014) de Mme Catherine GÉNISSON et M. Alain MILON, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 28 janvier 2014**

2.5.1 Les ressources internes

La présence d'une équipe dédiée au déploiement des protocoles est une nécessité au regard de l'ampleur de la tâche. Si les équipes de terrain prennent part à l'élaboration du protocole, il revient à l'ARS d'avoir la distance réflexive suffisante afin d'appuyer au mieux la création des dossiers soumis à la HAS.

Ainsi, il est important que l'équipe support de l'ARS dispose des connaissances et compétences nécessaires pour l'accompagnement des projets.

Le binôme médecin-administratif peut être considéré comme un pré-requis à l'étape d'accompagnement dans l'élaboration d'un protocole. La complémentarité de leur champ de compétences et de leurs expériences permet une approche globale des sujets traités.

Par ailleurs, la présence dans l'équipe d'une conseillère technique également cadre de santé hospitalière, amène un regard paramédical nécessaire à l'appréhension des procédures élaborées dans le cadre de la délégation dérogatoire de tâches.

La connaissance du milieu libéral de la référente protocole, est également un atout de taille dans la mise en œuvre du protocole sur la fragilité. Enfin, la disponibilité du médecin référent travaillant au sein du DPR est un atout important dans l'aide au déploiement de protocoles. Médecin généraliste à la retraite, son expérience d'exercice en MSP est précieuse pour l'accompagnement des professionnels au déploiement du protocole. Des connaissances pratiques, sur les modalités de concertations et des organisations internes des MSP ont permis à l'équipe d'anticiper certains freins. Son statut de praticien se présente également comme une plus-value dans l'ouverture et le maintien du dialogue avec ses pairs sur le terrain.

Un accompagnement de qualité par l'ARS est requis et nécessaire afin de faciliter l'émergence des protocoles, leur validation et autorisation sur les territoires.

Cependant, d'autres ressources sont également à prendre en compte, dans l'accompagnement du processus d'élaboration.

2.5.2 Les ressources externes : Les URPS

La connaissance des ressources externes afférentes au protocole de coopération sont importantes dans la perspective de son déploiement. En effet, beaucoup d'enjeux se tissent

autour de ce sujet. L'identification d'acteurs porteurs est alors une nécessité pour pallier tout risque d'opposition.

Les URPS sont des partenaires privilégiées dans la mise en place des protocoles. Représentantes de leur pair, elles sont à la fois une place politique et stratégique dans le champ de la santé ambulatoire.

Leur adhésion et leur implication dans le protocole sur la fragilité, a été un facilitateur dans l'émergence du protocole. Ce partenariat était important dans le déploiement progressif de la coopération entre médecin et infirmier.

Leur implication dans les groupes de travail, leur a permis d'appréhender l'objet du protocole et de diffuser l'information auprès de leurs confrères. Ce dialogue de pair à pair est essentiel dans la démarche d'adhésion des acteurs. Le soutien des représentants des professionnels est un levier essentiel dans la perspective du déploiement du protocole sur le territoire.

La position de leader d'opinion des représentants d'URPS, au sein de leur profession influence les actions et opinions de leurs pairs. Ce partenariat ARS, URPS est un levier essentiel, dont le national a pris conscience comme en témoigne les consignes de l'arrêté relatif à la procédure applicable aux protocoles⁴⁰ : « Parallèlement à la transmission de protocole de coopération à la Haute Autorité de Santé, le Directeur Général de l'ARS transmet pour information ledit protocole à l'Union Régionale des Professions de Santé concernées ainsi qu'à l'Union Nationale des Professions de Santé »

L'adhésion des principaux intéressés, délégués et délégants est également un impératif à l'émergence du projet et son effective mise en œuvre.

2.5.3 Ressources financières et structurelle : Les MSP, structures facilitatrices dans le déploiement ?

Comme nous l'avons évoqué précédemment les réunions de concertations sont rémunérées sur la base d'une enveloppe octroyée pour favoriser la coordination des professionnels de

⁴⁰ **Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé, Ministère de la santé et des sports, version consolidé au 3 avril 2015**

santé. Une des logiques des modes d'exercices regroupés était de dégager du temps médical en mutualisant certaines activités pour offrir de nouveaux services aux patients. Ces nouveaux services étant valorisés financièrement par les NMR.

Les NMR permettent en outre l'octroi d'une rémunération optionnelle, dans le cas où la MSP réalise des missions de santé publique répondant aux spécificités territoriales. La liste des thèmes est fermée et annexée au règlement arbitral. Nous noterons dans la liste des thèmes, la présence de « la prévention spécifique en direction des personnes âgées », faisant notamment référence au dépistage de la fragilité.

Si la possibilité de percevoir des rémunérations supplémentaires, grâce à la mise en place du protocole au sein d'une MSP, n'est certainement pas une fin en soi, il faut toutefois reconnaître que la valorisation financière d'une action est souvent un levier à sa mise en œuvre.

En outre, les RCP régulières imposées dans le cadre du protocole fragilité, peuvent impulser une dynamique de concertation au sein de la MSP. Il s'agirait ici pour la structure de se saisir d'un objet abouti, le protocole de coopération, fourni « clé en main », et de l'investir au mieux. Les implications importantes que demandent le protocole pour le délégué et le délégant, les moments de concertation propices au partage de points de vues, et à la valorisation des connaissances, des expériences et des pratiques, de chaque acteur, pourraient faire du protocole un outil favorisant l'impulsion de cette dynamique de coopération et de collaboration pluridisciplinaire.

2.5.4 Des moyens législatifs

Depuis 2009, les protocoles de coopération pluri-professionnels sont inscrits dans le code de la santé publique aux articles L 4011-1 et suivants. Ces articles ont permis de donner un cadre officiel et légal aux transferts d'actes à titre dérogatoire entre professionnels de santé. S'inscrire dans un cadre légal est toujours un levier dans le déploiement d'un projet. Cela donne une légitimité « régaliennne » à l'action.

Avant l'avènement de l'article 51, les transferts de tâches se faisaient déjà en dehors de tout cadre légal. La prise en charge de patient avec des pathologies de plus en plus lourdes et la surcharge de travail rencontrée surtout en milieu hospitalier, a demandé aux équipes une adaptation et un réajustement des modes de pratiques. La coopération qui s'est tissée entre les différents acteurs de santé intervenant auprès du patient a rendu la division du

travail plus poreuse. Basée sur la confiance entre professionnel, sur la nécessité de dégager du temps médical, et sur les besoins de qualité de prise en charge des patients, des délégations de tâches ont émergé. Ces délégations se sont peu à peu fondues dans les habitudes de travail des services. Pourtant rien jusqu'alors n'autorisait les professionnels à prodiguer des actes en dehors de ceux inscrits dans leur décret de compétence.

Si l'octroi d'un cadre légal à ces pratiques est une avancée qui permet d'autoriser légalement ce transfert d'actes à titre dérogatoire et, de fait, protège le professionnel qui y répond, cela insuffle un enjeu majeur pour les professions paramédicales. La légalisation de cette démarche permet une reconnaissance de compétences paramédicales supérieures à celles inscrites à ce jour, dans leur formation initiale et dans leur décret de compétence.

Dès lors que, la plus-value de ces transferts d'actes est argumentée et prouvée, l'inscription de ces actes dans la formation initiale des paramédicaux sera l'aboutissement du protocole. Ceci tend vers la construction de professions intermédiaires et l'élaboration progressive de pratiques avancées pour les paramédicaux.

Le diagnostic de la fragilité pourrait alors entrer dans le décret de compétences des infirmiers, et serait pratiqué à terme légalement par les infirmiers en dehors de toutes dérogations, mais au titre de leurs compétences propres. C'est là tout l'enjeu du travail engagé sur le déploiement du protocole de fragilité, qui débute en Midi-Pyrénées.

2.5.5 La Coopération axe fort du Pacte Territoire Santé

Basé sur 12 engagements et une méthode volontariste, le PTS doit permettre de lutter contre les inégalités d'accès à la santé, promouvoir l'amélioration de la qualité des soins sur l'ensemble du territoire et faciliter l'accès à la médecine de spécialité.

Pour ce faire le PTS est construit autour de 3 objectifs ⁴¹:

- Changer la formation et faciliter l'installation de jeunes médecins
- Transformer les conditions d'exercices des professionnels de santé
- Investir dans les territoires isolés.

⁴¹ **Ministère des affaires sociales et de la santé, pacte territoire santé pour lutter contre les déserts médicaux, dossier de presse, 13/12/2012**

L'engagement 8 qui nous intéresse ici, s'inscrit dans le deuxième objectif : transformer les conditions d'exercices des professionnels de santé.

Il s'agit d'accélérer les transferts de compétences, afin de pallier les problèmes d'accès aux soins nécessaires surtout dans le domaine de la médecine de spécialité, en termes de géographie et en termes de temporalité également.

Le constat suivant est réalisé :

« L'accès à certaines spécialités est de plus en plus long, parfois plusieurs mois pour une consultation de médecin spécialiste dans certaines villes. Ces activités pourraient être mieux réparties au sein de certaines filières, pour laisser plus de temps médical disponible en **déléguant davantage de tâches**. Ce constat est réalisé depuis un certain nombre d'années, mais les solutions sont souvent bloquées par des contraintes financières, juridiques ou organisationnelles.

Description de la mesure :

Avancer concrètement sur la filière ophtalmologie par la finalisation des protocoles de coopération entre les professionnels de la filière. »⁴²

Si l'on parle dans cet engagement de protocole de coopération entre professionnels de santé, surtout en faveur de la filière ophtalmique, il est aussi important de noter l'intérêt conséquent qu'accorde l'administration centrale aux déploiements des protocoles et à la délégation de tâches. L'intérêt de la Direction de la Sécurité Sociale pour ces projets, permet aux instances régionales de déployer des protocoles avec l'assurance, toute relative, que le travail engagé ne restera pas lettre morte.

Une fois cet état des lieux général réalisé, cela m'a permis d'avoir une grille de lecture avant d'entrer dans le vif du propos, que l'on pourrait problématiser ainsi :

Quel accompagnement pertinent offrir aux acteurs face aux difficultés dans l'amorce et la pérennisation du déploiement d'un protocole innovant sur la région ?

L'exemple du protocole de coopération « intervention d'infirmiers libéraux à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé ».

⁴² **Ibid**

3. **Genèse du choix des missions**

3.1. **Des besoins identifiés**

3.1.1 **En interne**

A mon arrivée, le déploiement du protocole de coopération « intervention d'infirmières libérales à domicile, afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » était un projet prégnant. Le travail sur le protocole avait été initié depuis plus de 3 ans. L'intérêt de la DSS sur les questions de la fragilité, ainsi que l'intérêt que la HAS portait au protocole, faisait de ce projet, un dispositif détenteur de multiples enjeux.

De plus, il n'était pas envisageable que le déploiement du protocole ne s'accomplisse pas, tant au regard de l'implication du groupe de travail durant toutes ces années, qu'au regard des 11 infirmiers qui avaient été formés au diagnostic et à l'initiation de la prise en charge de la fragilité.

L'accompagnement sur plusieurs mois et plusieurs années que l'ARS offre aux équipes, est extrêmement chronophage et ne permet pas toujours d'établir un suivi de rapproché en « temps et en heure ». Pourtant bon nombre de projets ne peuvent se passer de ce soutien, surtout concernant les projets en secteur libéral.

Ma venue était l'occasion d'offrir un appui supplémentaire au déploiement du protocole sur la fragilité. Si les compétences sur le sujet ne manquaient pas au sein de l'ARS, le temps des agents dédiés, par contre était une réelle contrainte dans l'accompagnement des projets.

3.1.2 **En externe**

Les infirmiers libéraux qui avaient adhéré au protocole, avaient effectué leur formation depuis déjà trois mois lors de mon arrivée sur le sujet.

L'équipe de l'ARS n'avait depuis aucune remontée d'informations sur le déploiement territorial du protocole.

Les infirmières avaient-elles débuté les diagnostics ?

Les médecins qui avaient adhéré au protocole avec les IDEL étaient-ils actifs dans l'orientation de leur patientèle vers ce protocole ?

La formation était-elle suffisamment adaptée pour permettre aux infirmiers d'appréhender les diagnostics et la prise en charge des patients dans une approche qualitative et sécurisée ?

3.2. Les Missions confiées et intérêt professionnel

L'objectif dans un premier temps était donc de **dresser un état des lieux du déploiement du protocole en recueillant les témoignages** des IDEL engagées dans le processus ainsi que ceux des médecins.

Dans un second temps, cet état des lieux devait permettre de dresser un plan d'action et d'accompagnement aux regards des difficultés identifiées, et **d'organiser la première journée de regroupement des infirmiers ; Premier point d'étape depuis la mise en route du protocole.**

Cette analyse sur les pratiques et les freins rencontrés par les acteurs de terrain devait également venir alimenter la réflexion de l'équipe de l'ARS et de gériatrie, sur les modalités des formations à venir.

De plus, elle permettait l'ébauche d'une réflexion commune sur le réajustement des pratiques d'accompagnement de l'ARS, pour offrir un confort d'exercice aux binômes médecin/IDEL et favoriser le déploiement du protocole sur les mois et années à venir.

4. Les Démarches adoptées

Les entretiens avec les IDEL délégués du protocole étaient un pré-requis essentiel à l'amorce d'une réflexion que nous pouvions dès lors, engager sur les besoins exprimés par les professionnels, les réponses à leur apporter, les réajustements à mettre en œuvre.

4.1. Les entretiens infirmiers

4.1.1 Elaboration de la grille d'entretien

La préparation de l'entretien est une étape importante. Il faut, en effet, bien cadrer son intervention afin de recueillir, a minima, les informations souhaitées.

Le prérequis à son élaboration consistait à répondre à des questions simples de cadrage du sujet⁴³ :

1. Qu'est-ce que vous cherchez à savoir?
2. Qui est-ce que vous voulez interroger?
3. Quand voulez-vous conduire votre enquête?
4. Où se trouvent les individus ou les groupes qui vous intéressent?
5. Qu'est-ce que vous vous attendez à trouver (quelles sont vos hypothèses) et pourquoi?

Ces entretiens devaient permettre d'enregistrer des informations spécifiques sur le déploiement du protocole, mais avaient également comme objectif secondaire, de recréer du lien avec les professionnels de terrain. Lien, qui depuis la fin de la formation des IDEL, s'était quelque peu dissipé.

J'ai donc validé les objectifs de l'entretien avec ma tutrice de stage et préparé les thématiques à aborder. Cet entretien était de forme semi-directive⁴⁴. Cela m'a permis à la fois de m'assurer de recueillir des informations qui nous semblaient alors utiles, mais également d'ouvrir le dialogue sur différents sujets ayant trait au protocole, afin de laisser libre court aux questions et remarques des IDEL.

La connaissance du public était alors essentielle afin de mener à bien cette action.

Plusieurs freins à cette première action étaient à identifier.

Les IDEL ont des impératifs forts en temps liés à leur programme de tournée. Leur adhésion à cet exercice n'était absolument pas certaine. Il me fallait un angle d'approche qui pourrait les intéresser.

Aucun d'eux ne me connaissait, il fallait une première prise de contact afin de créer un lien, d'abord d'interconnaissance, puis de confiance. Dans un premier temps, je me suis présentée et leur ai expliqué ma position au sein de l'équipe. Ceci était l'étape préliminaire à la légitimation de mes démarches futures auprès d'eux. Les entretiens pouvant être interprétés comme un objet d'évaluation ou de contrôle et ce, d'autant plus au regard des représentations institutionnelles qu'ont les acteurs de terrain vis à vis de l'ARS.

4.1.2 De la prise de contact au recueil de données

⁴³ La fabrique des matériaux : l'entretien compréhensif, Arnaud Campéon, Chaire social care : lien social et santé

⁴⁴ **Annexe 5 : Entretien semi-directif, rencontre avec IDEL délégués du PC fragilité.**

La première étape a donc consisté en une prise de contact avec les infirmiers délégués issus de la première vague de formation.

Lorsque je le pouvais, je me suis appuyée sur les coordinateurs⁴⁵ des MSP déjà en fonction, afin qu'ils informent les infirmiers de mon souhait de les rencontrer, qu'ils expriment l'objet de ma visite et permettent d'organiser une rencontre au regard des disponibilités de chaque personne. Les coordinateurs sont pour l'agence des interlocuteurs privilégiés et leur reconnaissance est en devenir. Le lien étroit qu'ils entretiennent avec les équipes, et la fonction d'appui et de support qu'est la leur, permet d'avoir une personne ressource, un interlocuteur unique pour les questions d'organisation, de communication et de relation avec la MSP. Leur présence, m'a permis dans un premier temps de pallier la complexité des synchronisations de l'agenda de chacun et d'activer ma mise en lien avec les équipes soignantes.

Pour les infirmiers n'ayant pas accès à ce type de service ou n'exerçant pas de façon regroupée, il a parfois fallu plusieurs appels avant une première prise de contact. J'ai de façon constante fait précéder mes appels d'un mail, les informant de ma démarche. Cette première étape d'information me permettait alors de resituer de façon rapide l'objet de mon appel.

Je me suis donc déplacée auprès de chaque infirmier afin d'effectuer ces entretiens, avec comme objectifs annoncés :

- Leur demander un calibrage du nombre de patients prévisionnels inclus dans le protocole par mois et par infirmiers, élément qui nous était nécessaire afin de dégager les fonds (FIR) en prévision de la rémunération des diagnostics sur l'année 2015
- Leur présenter les documents de facturations nécessaires à la rémunération des diagnostics effectués
- Procéder à un entretien en vue de recueillir les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du protocole. Ou au contraire, les éléments facilitateurs qu'ils avaient su mettre en place

⁴⁵ **Les coordinateurs : interviennent sur site au sein des MSP afin d'aider les équipes soignantes aider au quotidien dans la gestion de leur projet de santé. Les missions qui leur sont confiées sont les suivantes :Mission administratives (gestion comptable, gestion RH, gestion des achats)Mission de communication et de relations internes (professionnels de santé, patients)Mission de communication et de relations internes externes (ARS, Elus locaux, Etablissements sanitaire et Médico-sociales.)**

- La présentation des différents documents de facturation et le nécessaire calibrage du nombre de patients avec chacun d'eux, me permettaient dans un sens de légitimer ma venue.

Nous avons convenu d'un délai d'un mois et demi afin de clôturer la phase d'entretien. Cela permettait d'avoir recueilli leur remarques et questionnements avant le bilan de mi-parcours prévu au mois d'avril avec les IDEL.

A la suite de chaque entretien, je réalisais une synthèse composée des problèmes qu'ils rencontraient, des questions évoquées, du résumé de la situation actuelle (nombre de diagnostics réalisés, satisfaction professionnels patient, organisation, les suites envisagées après le diagnostic : RCP, élaboration PPS, suivi des patients).

4.1.3 Informations recueillies et analyse des besoins.

L'avancement des diagnostics de fragilité

Dès les premières prises de contact téléphonique avec tous les infirmiers issus de la première formation, il est apparu que :

4 infirmiers sur 10 avaient fait 1 diagnostic

2 infirmiers sur 10 avaient 1 diagnostic prévu avant la fin du mois

4 infirmiers sur 10 n'avaient pas encore réalisé de diagnostics

La cause première exprimée, était que les médecins ne leur adressaient que peu de patients malgré leur insistance.

Ce fait entrain en congruence avec les hypothèses formulées par l'équipe ARS. En effet, si la formation sur la fragilité était obligatoire pour les infirmières ayant adhéré au protocole, elle n'était proposée qu'aux médecins adhérents. Aucun médecin n'avait dès lors reçu de formation sur ce qu'était le protocole et les nécessaires implications qu'il demandait.

En outre, comme nous l'avons évoqué en amont, la fragilité étant un concept novateur, peu de professionnels médicaux ont d'ores et déjà appréhendé ce concept en dehors des médecins gériatres.

Le manque de connaissances engendre souvent des réticences à l'action. De plus, le protocole demande un réel investissement du délégué et du délégant dans le réajustement de leur mode de pratique, afin d'amorcer un réel travail de coopération.

Il était désormais évident qu'un entretien informationnel avec les médecins était à entreprendre dans les plus brefs délais, afin d'amorcer le démarrage du protocole.

La durée des diagnostics

La grande majorité des infirmiers ont rapporté leurs inquiétudes quant au temps de diagnostic prévu par le protocole, estimé à 1h.

La plupart ont estimé que le diagnostic de la fragilité leur prendrait plus d'une heure et ce pour plusieurs raisons :

- Les diagnostics sont parfois effectués auprès de personnes qu'elles ne prennent pas en charge. L'instauration d'un climat de confiance nécessaire à l'adhésion de ces derniers aux différents tests prend déjà du temps sur le temps prévue.
- L'utilisation des outils diagnostics prend nécessairement plus de temps sur les premiers dépistages
- Suivant l'état de santé de la personne le temps de diagnostic est variable
-

Il est important de stipuler ici que la valorisation financière du temps de diagnostics est déjà supérieure aux montants usuellement pratiqués. A titre d'exemple, les infirmières faisant partie du protocole ASALEE perçoivent une rémunération allant de 30€ brut par heure travaillé.

Plusieurs enjeux se tissent autour de la rémunération :

L'enjeu principal est celui de la perspective d'une pérennisation de la rémunération de l'acte diagnostic fragilité. Cette rémunération de 40 euros permet de ne pas dépasser le montant hypothétique d'un diagnostic de la fragilité réalisé par un médecin, condition sine qua non à la possibilité de pérennisation du tarif prévu, par le collège des financeurs. Ce dernier juge la viabilité du modèle médico-économique et pourrait, en ce cas, octroyer une rémunération moins importante que celle prévue à l'origine. Se situe dès lors, dans cette rémunération une marge de manœuvre que l'ARS doit savoir négocier.

La valorisation actuelle de la rémunération influencera la valorisation de l'acte à long terme. Cet enjeu n'a pas échappé aux professionnels de santé. La question du coût est partie prenante des négociations engagées sur les projets innovants.

Le nombre de patients en inclusion

Le protocole prévoit un minimum de 4 inclusions de patients par mois par infirmiers. Les entretiens révèlent que les infirmiers n'étaient pas au courant de ce seuil, pourtant renseigné dans le protocole.

Cet attribut du protocole est un minima de prise en charge fixé par l'ARS, validé par la HAS avec accord des professionnels ayant participé à l'élaboration du protocole. Il a été fixé afin d'assurer une activité minimale au maintien des compétences acquises par l'infirmière sur la fragilité. Ce seuil a également été fixé au regard de la charge de travail des IDEL et de celle induite par le protocole, établissant ainsi qu'un infirmier ne pourrait réaliser plus de 2 diagnostics par semaine en plus du temps dédié au plan personnalisé de santé qu'ils devront programmer.

Dans le cadre des entretiens, les infirmiers ont fait remonter leurs inquiétudes quant à la réalisation du nombre de diagnostic par mois. Signifiant que leur charge de travail ne serait certainement pas compatible avec le nombre de prise en charge demandées.

Le protocole étant encore en phase expérimentale, des réajustements seront certainement possibles au regard des problématiques rencontrées par la majorité des infirmiers.

En outre, si le nombre de prises en charge doit garantir une qualité et sécurité dans l'accompagnement des patients, la prise en charge d'un grand nombre de patients sur la région revêt plusieurs enjeux :

- Avoir une cohorte de patients suivis dans le cadre de leur fragilité. A terme au regard des données recueillies faire une étude médico-économique fiable sur la prise en charge de la fragilité versus prise en charge de la dépendance.
- Diffuser et populariser la prise en charge de la fragilité chez les professionnels et les citoyens.

Modalités d'initiation de prise en charge et suivi des patients dans le cadre du protocole

Les entretiens ont mis en exergue le manque de projection sur l'initiation de la prise en charge des patients et leur suivi dans le cadre de leur fragilité. Cela peut s'expliquer par le fait que les infirmiers débutaient à peine les diagnostics.

Cependant, l'initiation de la prise en charge intervient dès le démarrage du diagnostic. Le diagnostic positif doit appeler une prise en charge immédiate du patient.

Le cas du dépistage de la fragilité peut paraître insidieux. Le médecin va en effet orienter son patient afin que ce dernier fasse diagnostiquer un syndrome que l'on pourrait qualifier de « sourd ». Le syndrome de fragilité n'est pas ressenti par le patient et n'est pas encore ou peu connu du grand public. Il suscite ainsi interrogations et stress chez le patient qui ne sait pourquoi il va devoir passer près d'une heure à effectuer des tests de marche, ou cognitif.

Le médecin a un rôle prégnant à jouer dans l'information du patient. Dans l'explication du but et du bienfondé de ce suivi particulier. Il doit s'assurer de la compréhension du patient au regard des modalités de prise en charge et de l'enjeu de cette prise en charge. Ainsi, le consentement éclairé du patient, qui doit être obligatoirement rempli vient attester de cette prise de connaissance et son adhésion à la prise en charge qui lui est proposée.

Le suivi fait partie intégrante de la prise en charge. Après l'annonce d'un diagnostic positif, le soignant doit réaliser un plan personnalisé de santé, au sein duquel il inscrit les modalités de réponses aux besoins envisagés compte tenu des besoins en santé repérés chez le patient. Il est impératif que le patient soit informé.

Ce protocole crée nécessairement un besoin chez le patient qu'il ne percevait pas jusqu'alors. Les réponses doivent être pertinentes et de qualité. Pour cela l'infirmier doit avoir une vision globale des réponses sanitaires, sociales ou médico-sociales à apporter au patient, et le cas échéant connaître les personnes ressources de proximité pouvant répondre aux besoins en santé du patient.

Le suivi du patient, dans ce cadre, ne fait pas exception et s'impose comme une obligation au regard de la continuité des soins. A ce titre, il mérite une réelle réflexion des infirmiers. Cela leur demande d'anticiper une charge de travail supplémentaire, un effort de prise en charge global et pluri-professionnelle et un suivi de patient dans le temps dont on ne peut que difficilement anticiper la durée. L'ARS et le Gérotopôle ont très certainement un rôle à jouer dans l'information, la formation, et l'accompagnement des infirmiers à la mise en œuvre de ces suivis.

Les prescriptions par les infirmiers

Si le protocole autorise par voie de dérogation les infirmiers à personnaliser des prescriptions pré-remplies, des réticences de la part des médecins se font apparemment ressentir sur le terrain.

Nous avons anticipé ce fait, qui n'est pas à proprement parler un frein au déploiement du protocole, mais qui limite l'autonomie du délégué dans l'initiation de la prise en charge de son patient.

La possibilité de prescription, toute relative, de l'infirmier dans le cadre du protocole est empreinte de symboles comme nous l'avons déjà évoqué dans ce travail. La réticence de médecins à permettre d'user de prescription pourtant déjà pré-remplis peut être intéressante à étudier à différents niveaux.

Il peut s'agir d'un défaut de confiance concernant le jugement clinique de l'infirmier. Auquel cas la dynamique de coopération, de travail et de réflexion pluri-professionnelle pourrait permettre d'instaurer un climat de confiance et de reconnaissance des compétences de chacun.

Il peut simplement s'agir d'un « deuil » symbolique que le médecin n'est pas prêt à effectuer. Ce protocole questionne, en effet, le monopole de la profession médicale sur la prescription. Si l'on juge l'infirmier apte à prescrire, alors on le juge apte à émettre le jugement clinique adéquat à l'état de santé du patient et à délivrer au patient le juste traitement. Pourtant, le protocole encadre de façon très précise ces délivrances de prescriptions, qui feront à terme l'objet d'un contrôle par le médecin lors des RCP.

On opère dans les modalités d'exercice des changements profonds, la division de travail entre professionnels médicaux et métiers paramédicaux semble de plus en plus poreuse ; La résistance aux changements par préservation ou par peur de la responsabilisation, demande un accompagnement accru des acteurs.

Il sera intéressant de voir la progression des pratiques relatives aux prescriptions dans le cadre du protocole. Elle sera certainement un indicateur qualitatif intéressant de l'évolution des modalités et de la qualité de la coopération entre les professionnels de santé adhérant au protocole.

L'accompagnement des médecins dans la mise en œuvre du protocole n'avait que peu été investi. Il fallait alors corriger cet état et communiquer auprès des médecins délégués.

4.2. Les entretiens informatifs médicaux

Nous sommes partis ici d'un constat simple, les médecins ne semblaient pas avoir totalement adhéré au protocole et n'orientaient que peu ou pas les patients vers un diagnostic de la fragilité. Nous pouvions poser plusieurs postulats relatifs à ce fait :

- Le processus logique du protocole ne leur avait pas été expliqué
- La fragilité est un concept qu'ils ne maîtrisent pas
- Le changement dans les habitudes de travail est long à mettre en place
- Malgré leur adhésion volontaire au protocole des réticences multi-causales persistent et demande alors des éclaircissements

Quelle que soit la nature du postulat, il nous semblait alors évident, qu'une communication ciblée sur le protocole était nécessaire. Elle nous permettrait également d'amorcer un dialogue de fond avec les médecins afin de comprendre les interrogations ou réticences qui pouvaient persister.

4.2.1 Les ressources humaines

Afin d'adapter au mieux notre intervention aux médecins, il fallait associer un médecin référent de l'ARS à notre démarche. Nous avons fait appel à Noël Wuithier, qui travaille au sein du DPR sur les questions d'exercice regroupés ; Il est également secrétaire de la Fédération Midi-Pyrénées des Maisons et Pôles de Santé.

Son statut au sein de la fédération lui confère une certaine « notoriété » auprès de ses confrères exerçant notamment en pôle ou maison de santé pluri professionnels. De plus, sa posture de médecin généraliste- maintenant retraité, lui permet de légitimer sa prise de parole sur des sujets médicaux, légitimité nullement acquise pour des personnes de profil administratif.

Ainsi, Dr Wuithier permettait d'amorcer le dialogue sur les questions médicales et paramédicales concernant le protocole, ainsi que sur la sensibilisation concernant les RCP et PPS. Mes interventions venaient en compléments sur les questions, de méthodologie, de démarche, de mise en œuvre et de modalité de rémunération.

4.2.2 Une démarche ciblée

Notre démarche de communication devait directement s'adresser à notre public cible : les délégués du protocole. La construction du support de communication (power point) devait être succincte pour répondre aux impératifs temporels des médecins qui comme les paramédicaux n'ont que peu de temps libre sur une journée de travail.

La contrainte de temps – 15 min de présentation maximum-, nous a permis de « dépolvériser » notre présentation et de la restreindre aux messages clés.

Nous avons convenu avec Dr Wuithier des thématiques à aborder dans notre approche ciblée :

- Les objectifs principaux sous-tendus par le protocole
- Définition schématique du syndrome de fragilité
- L'exposition de critères de Fried : critères retenus pour une évaluation rapide de l'état de fragilité du patient âgé permettant de l'orienter vers un diagnostic plus poussé
- Le déroulé du protocole de coopération
- Les possibles sorties du protocole pour les patients et les professionnels adhérents
- Explication des objectifs d'une RCP et de l'outil PPS

4.2.3 De la préparation à l'action

Une fois les supports établis, le contenu de notre intervention fixé et les rendez-vous pris avec chaque délégué, nous sommes allés les rencontrer sur leur lieu d'exercice. De la même façon que pour les infirmiers, notre déplacement auprès des médecins était une condition sine qua non à la rencontre. Les horaires devaient également concorder avec leur activité. La mobilisation de tous les acteurs a été un travail de longue haleine. Premier constat, alors que notre intervention auprès d'eux était basée sur une simple proposition accompagnée de l'objet de notre visite, tous ont accepté de nous recevoir. Ceci nous a conforté dans notre démarche, puisque leur désir de nous rencontrer illustre certainement des attentes en matière d'informations, d'explications, de précisions.

4.2.4 Les informations recueillies lors des présentations

Plusieurs points saillants sont ressortis de nos entrevues :

- La nécessité forte d'informer le patient du contenu du protocole et de l'objet de sa prise en charge. Cela, afin de le rassurer sur son état de santé, et d'éviter tout stress inutile, de recueillir son consentement éclairé, et adhérer au principe de prise en charge infirmière inhérent au protocole. L'information permettrait d'éviter tout refus par craintes de ces nouvelles modalités de prise en charge et de ce nouveau syndrome qui pourrait être diagnostiqué.
- La population cible dans le cadre du protocole paraissait trop restrictive. Pour les médecins, au regard de leur patientèle, les plus de 75 ans n'étaient sans doute pas les plus touchés par la fragilité car beaucoup d'entre eux avaient déjà basculé dans un état de dépendance.
- La majorité des délégants ont souligné la nécessaire appropriation de la grille de repérage (5 critères de Fried) afin de penser à orienter les patients. Ils disaient oublier fréquemment d'orienter les patients vers le protocole, lorsqu'ils les voyaient en consultation.
- La moitié d'entre eux pensaient que la délivrance d'une prescription préétablie par l'infirmière était interdite et rejetée par l'URPS médecins et l'ordre des médecins. Les autres n'ont émis aucune objection lorsque le sujet des prescriptions a été abordé.

De façon générale, aucun médecin n'a émis de remarque à l'égard des protocoles. Les questions portaient souvent sur des précisions d'ordre médical et organisationnel. Tous ont salué notre venue et ont trouvé appréciable et nécessaire ce temps de sensibilisation.

A la suite des interventions, le nombre d'inclusion pour chaque protocole a augmenté, passant de 4 inclusions début mars à plus 32 inclusions mi-mai au total, dans l'intervalle de deux mois et demi. La dynamique de déploiement s'est réellement enclenchée.

Si ces données quantitatives sont satisfaisantes, la prochaine étape sera d'analyser les données qualitatives et surtout celles concernant la satisfaction des patients et la qualité de leur prise en charge ; Il sera extrêmement important de recueillir les modalités de pratiques engagées sur le travail de suivi et les difficultés observées sur les territoires, concernant les offres de service notamment.

4.3. Point d'étape sur le déploiement du protocole

4.3.1 **Objet de la rencontre avec les IDEL délégués : Un bilan mi-parcours**

A cinq mois du lancement du protocole, Me Pascon (référente protocole de coopération) accompagnée de Me Pedra (cadre de santé au gérontopôle, qui a monté la formation sur la fragilité) avaient décidé de réaliser un bilan mi-parcours qui s'articulerait autour des retours d'expériences des délégués.

Grâce aux informations recueillies lors des entretiens, nous avons pu faire une première analyse des manques à palier en termes d'informations, et des sujets à aborder afin que tous puissent bénéficier d'un même niveau d'information.

L'objectif de cette rencontre était également de favoriser le partage d'expériences entre les délégués et leur permettre de poser des questions pour lesquelles les réponses profiteraient à tous.

Nous avons organisé une préparation en amont avec Me Pedra, afin de s'accorder sur les points saillants, demandant clarification, ainsi que sur les questions que nous avons eues avoir les unes et les autres, et s'accorder sur les réponses à donner.

Ainsi, la rencontre devait être un espace de libre expression, propice aux échanges. Me Pascon devait animer la rencontre, veiller à ce que chacun s'exprime et solliciter l'équipe ARS pour répondre aux questions. Mon rôle était de répondre aux questions méthodologiques de mise en œuvre du protocole et de commencer à envisager avec les IDEL le suivi des patients.

En effet, lors des entretiens IDEL, le suivi des patients dans le cadre de la fragilité, n'avait pas encore été appréhendé par la majorité d'entre eux. Certains redoutaient de ne trouver aucune réponse pertinente, n'ayant pas une connaissance exhaustive des services de proximité de leur territoire.

Il semblait important de les aider à identifier les personnes ressources du territoire et leur donner la possibilité « clé en main » de les contacter en cas de besoin. Pour cela, nous avons fait pour chaque territoire un listing des Centre Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), des Méthode d'action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie) (MAIA) et des ateliers mémoires et prévention des chutes proposés par la Caisse d'assurance retraite et santé au travail (CARSAT), adaptés aux personnes âgées fragiles. Le but ici, était d'apporter une réponse à un besoin ressenti et

pressenti par les délégués, qui sont en charge d'établir le PPS et de mobiliser les acteurs clés au bon moment.

Nous avons donc souhaité aborder les thèmes suivants :

1. Retour d'expérience IDEL
2. Point technique concernant les dossiers diagnostic
3. Modalité de financement
4. Suivi des patients :
 - Les modalités de suivi envisagées et le financement
 - Les services de proximité sur les territoires, les ressources sociales médico-sociales

4.3.2 Informations recueillies, et relevé de conclusion du bilan mi-parcours

Le diagnostic

Concernant la durée du diagnostic, sujet abordé précédemment lors des entretiens, des inquiétudes persistent. Les infirmiers ayant commencé les inclusions, ont précisé que les durées de diagnostic sont variables au regard des difficultés rencontrées par le patient.

Le temps d'information de la personne âgée est également nécessaire, afin d'explicitier le but et les modalités de prise en charge, mais également rassurer le patient et créer une relation de confiance.

Ainsi la durée de diagnostic s'échelonne entre 1h15 et 2h suivant les diverses expériences.

Concernant le critère d'inclusion à 75 ans et plus des personnes âgées potentiellement fragiles :

- Ce critère a été évoqué comme très limitatif compte tenu du nombre de personnes potentiellement fragiles entre 60 et 75 ans, confortant ce qui avait été soulevé par les délégants.
- L'ARS a re-stipulé que le protocole était en phase expérimentale et que des exceptions pouvaient être tolérées, cette limite d'âge pouvant éventuellement être réévaluée à la fin de la première année de mise en œuvre du protocole.

La satisfaction des patients a également été abordée :

A l'issue des diagnostics de fragilité, les patients étaient très satisfaits et attendaient beaucoup de la prise en charge et des propositions à venir.

Les infirmiers soulignent la plus-value forte du diagnostic au domicile du patient. Cela leur permet, au-delà des outils en leur possession, de faire une analyse de l'environnement du patient, de formuler des diagnostics infirmiers éclairés pouvant être valorisés dans le PPS. Par exemple, pour une inclusion, le diagnostic a permis de déceler un problème de non observance qui aurait pu entraîner une hospitalisation en urgence sur iatrogénie médicamenteuse.

Des freins à l'inclusion ont été évoqués par les IDEL:

- Les médecins oublient encore de proposer cet accompagnement aux patients, malgré leur connaissance du protocole.
- Une connaissance parfois biaisée des critères d'inclusion au protocole chez les délégants (critères de Fried), entraîne certainement des pertes d'orientation et de prise en charge.

Les leviers recensés :

- Les infirmiers font remonter l'utilité forte des rencontres ayant eu lieu entre les médecins délégants et le médecin référent de l'ARS, qui ont permis de dynamiser le processus d'inclusion des patients dans le protocole, grâce à une information ciblée.
- Dans les cas où les délégués avaient eux même anticipé la mise en œuvre du protocole et pris le temps de l'exposer aux délégants, en expliquant les modalités et l'objet de la prise en charge, les médecins étaient entrés plus facilement dans le processus.
- **Le suivi des patients fragiles**

Les infirmiers étaient relativement satisfaits des dossiers préétablis qui leur ont été remis, concernant les services de proximité sur leur territoire. Ils attirent notre attention, sur le temps important qu'il leur faudrait passer afin de se retrouver sur la multiplicité des offres disponibles sur les territoires et en prendre connaissance. Les CLIC et les MAIA devraient

pouvoir pallier ce manque de connaissance et orienter soignants et usagers vers les services pertinents.

D'autres ont au contraire l'impression qu'ils ne pourront pas faire un PPS suivi compte tenu du peu d'offre de service de santé en proximité.

Le financement

Pour les protocoles avec des délégants en exercice isolé :

L'impossibilité de rémunérer les temps de concertation pour les professionnels hors SISA, est un frein au déploiement, d'après les IDEL concernés.

En termes de compensation de ces temps de coordination, aucune solution pérenne ne peut être réellement envisagée, à ce jour.

La pérennisation des financements des diagnostics a également été abordée.

L'élaboration d'un argumentaire par l'ARS, à destination du collège des financeurs est en cours. L'objectif est de pérenniser le modèle de financement du protocole.

Remplissage de la banque nationale de données

Afin de valoriser scientifiquement le diagnostic et la prise en charge de la fragilité, une banque nationale de données dédiée, a été créée.

L'équipe de Gériatrie souligne l'importance de remplir la banque de données, afin de valoriser les activités afférentes au protocole.

Les infirmiers sont invités à faire remonter les informations demandées pour chaque patient auprès du Gériatopôle qui se chargera ensuite de la saisie sur le Data 7 (base de données nationale). Les informations seront identifiées dans la banque de données comme émanant du protocole, ce qui pourra donner aux instances nationales une vision sur les activités et les résultats relatifs au protocole de coopération sur la fragilité.

Une série d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs attachés au protocole a été validée par la HAS. Ils permettront à l'issue de l'expérimentation d'évaluer l'efficacité du protocole en termes de prise en charge du patient.

5. Analyse et interprétation des informations recueillies et proposition d'actions

5.1. Changements de pratiques et coopération pluri-professionnelle, un challenge pour les professionnels et pour les usagers

Nous l'avons constaté à plusieurs reprises, les délégants ont besoin d'être informés voire accompagnés dans ce nouveau mode d'exercice que représente le protocole de coopération pluri-professionnel.

Souvent motivés dans cette démarche par les infirmiers, les médecins décident d'adhérer aux protocoles, sans toujours prendre connaissance de toutes les implications nécessaires. Souvent leur première ambition est de déléguer les tâches chronophages et considérées comme « moins prestigieuses » aux paramédicaux, afin d'octroyer plus de temps au suivi des patients dont les pathologies multiples complexifient la prise en charge.

Si leur adhésion au protocole est un premier pas vers l'acceptation du changement, il semble primordial de les sensibiliser aux enjeux majeurs de l'exercice collectif et au transfert de tâches, deux axes largement plébiscités par le national dans le but d'optimiser la production de soin.

Ces sujets soulèvent d'importantes questions et résistances, des professionnels comme des usagers, consécutives aux bouleversements, d'identité professionnelle, des pratiques et des modalités de rémunération.

Les transferts d'activités peuvent également susciter des craintes chez les usagers quant au devenir de la qualité des soins, ou l'émergence d'une médecine à deux vitesses. L'hégémonie de la profession médicale sur la santé est une doctrine socialement admise, et demande un changement profond des modes de pensées.

Une information de qualité réalisée par le médecin est un préalable à une adhésion éclairée du patient au protocole, cette étape s'est également révélée primordiale pour l'initiation de la prise en charge des patients.

En outre, l'expérience des infirmiers issus de la première formation, rend compte de la véritable nécessité, de reformuler aux patients les objectifs du diagnostic et de la prise en

charge proposé afin de créer un climat de confiance propice à une prise en charge de qualité.

A terme, il sera important de déployer une communication de qualité sur la fragilité en faveur des usagers, afin de démocratiser le concept de fragilité et de le rendre transparent. Porter ce concept à la connaissance du plus grand nombre, pourrait permettre d'alerter les usagers et leur familles, sur le bénéfice de la prise en charge du syndrome de fragilité, et les rendre acteurs dans la démarche de prévention de la dépendance. Une simple communication ne suffira pas, mais permettra dans un premier temps de porter à leur connaissance l'existence de ce syndrome, et de les sensibiliser aux mesures proposées pour répondre à cette fragilité.

Comme le souligne le Centre d'analyse stratégique⁴⁶ dans sa note d'analyse⁴⁷ en 2011 les craintes sociales et professionnelles appellent des réponses en termes juridique, financier et en matière de formation.

Depuis le lancement des expérimentations en 2009 des réponses en termes juridique et financier ont émergé.

La création d'un collège de financeurs chargé d'étudier le modèle économique du protocole, en vue de la pérennisation de la rémunération des délégués et des délégants à titre dérogatoire, est une condition sine qua non à l'existence des protocoles de coopération⁴⁸.

L'étude devrait se baser sur:

- L'efficacité du protocole de coopération, en comparant la consommation de soins de la patientèle hors cadre du protocole, et à l'issue de l'expérimentation.
- La mesure du temps de travail dégagé pour le délégant grâce au transfert de tâche

⁴⁶ **Institution française d'expertise et d'aide à la décision rattachée appartenant au service du premier ministre, remplacé depuis 2013 par le Commissariat général à la stratégie et à la prospective .**

⁴⁷ **Centre d'analyse stratégique, Quelles opportunités pour l'offre de soin de demain ? » la coopération entre professionnels de santé, la note d'analyse, décembre 2011, N°254, 12p**

⁴⁸ **Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé, Ministère de la santé et des sports, version consolidé au 3 avril 2015**

- L'activité du délégué au regard de celle du délégant avant la mise en place du protocole.

De telles études nécessitent des compétences, l'accès à des bases de données et un étalement dans le temps, non pris en compte à ce jour. A titre d'exemple seul deux protocoles sur les 43 autorisés au niveau Nationale ont obtenu un financement Assurance Maladie à titre dérogatoire.

Pour autant si le collège des financeurs autorise le financement de protocoles de coopération entre professionnels de santé à titre dérogatoire par l'Assurance Maladie, cela n'assoie pas de façon stable la pérennisation de ce financement.

Le règlement arbitral du 23 février 2015 relatif aux nouveaux modes de rémunération est une réponse importante en termes économique aux nouvelles modalités d'exercice. Ils répondent effectivement au besoin de valorisation financière des activités multiples se déroulant en dehors de la consultation du patient ainsi qu'au développement du travail de coordination et de coopération pluri-professionnel.

Le temps de rémunération des réunions de concertations pluri-professionnelles est donc pris en charge dans ce cadre juridique. Cependant, rien n'est encore en œuvre pour les professionnels en exercice isolé ce qui peut porter préjudice au suivi des patients et des inégalités de prise en charge sur les territoires. Les temps de concertation non rémunérés représentent un manque à gagner financier pour ces professionnels, qui devront peut être au regard de la montée en charge, employer des moyens détournés pour valider la prise en charge infirmière et les PPS. A quelle dérives nous exposons-nous si aucune réponse économique n'est accordée à ces professionnels ?

Si la question mérite d'être évoquée, la ligne d'action politique, tend au développement des MSP sur tout le territoire national. Son ambition est de passer de 600 MSP en 2014 à 1000 MSP à l'horizon 2017.⁴⁹ Laissant certainement peu de place aux réflexions sur « l'évolution » parallèle des professionnels de santé en exercice isolé.

La formation médicale

La question de la formation des professionnels de santé est par ailleurs largement perfectible. Nous l'avons constaté à travers le protocole de coopération sur la fragilité, des

⁴⁹ **Séminaire des DGARS, généralisation des ENMR : Règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité, 20 mars 2015**

professionnels peu informés et non formés à de nouveaux modes de pratiques, mettront difficilement en œuvre les protocoles. Si pour la grande majorité des protocoles les actes délégués par dérogation sont maîtrisés par les délégants, le protocole sur la fragilité s'érige en contre-exemple.

En outre, à l'heure actuelle nos actions de sensibilisation et de formations synthétiques, ciblées et personnalisées pour les délégants ont permis d'amorcer la mise en place du protocole. Cependant, à terme le nombre de médecins délégants sera tel que nous ne parviendrons plus à répondre à ce besoin. En effet, l'ARS pallie des carences et va au-delà de ses missions, pourtant les effectifs des ARS ne permettent pas un tel investissement.

La fragilité est un concept novateur qui demande une formation adéquate, délivrée par des professionnels experts, avec si possible, des retours d'expériences du terrain, toujours enrichissants et importants dans les perspectives d'évolution de tous projets novateurs. L'innovation se nourrit de l'expérience de chacun et des modalités d'appropriation de l'objet par les acteurs.

5.2. Le diagnostic oui, mais après ?

Un diagnostic de la fragilité positif est le préalable à la mise en route d'une démarche de prise en charge infirmière de la personne. Dans le cadre du protocole, la prise en charge globale du patient est essentielle. Les infirmières effectuent une évaluation multidimensionnelle du patient (physique, psychologique, social, environnemental) à domicile dans le but d'établir un diagnostic objectif et complet, au regard du lieu et des habitudes de vie du patient notamment.

Il permet d'émettre une évaluation holistique sur l'état de santé de la personne. Les infirmières de par leurs compétences propres et l'enseignement supplémentaire «environnement social » reçu lors de la formation sont en mesure d'apprécier la situation sociale et environnementale des patients. Le diagnostic de l'infirmier fait au domicile du patient est donc une des plus-values fortes du protocole, qui doit être valorisée.

A la suite l'IDEL établit une synthèse permettant la mise en exergue des problèmes de santé du patient. L'outil PPS permet alors une formalisation et une priorisation des problèmes multidimensionnels identifiés.

L'étape de formalisation de la démarche avant l'initiation de la prise en charge est majeure. Elle permet d'analyser la situation avec le médecin et de valider le plan de santé. En outre, l'implication et la validation par le patient, et par les aidants, du PPS est un prérequis à

l'initiation de toutes démarches. Le patient doit également être acteur de sa prise en charge et être impliqué dans toutes les démarches relatives à l'amélioration de son état de santé.

Le diagnostic bien qu'essentiel à l'initiation de la démarche, n'est que le préalable à la prise en charge du patient. La poursuite de la prise en charge repose sur le PPS établi en pluri-professionnalité avec l'implication et l'accord du patient et ou de ses aidants. C'est très certainement l'étape la plus complexe de mise en œuvre, qui va demander la mobilisation de tous les acteurs nécessaires à la stabilisation de l'état de fragilité du patient ou au retour dans un état de robustesse.

Si la fragilité est un concept en pleine expansion, de nombreux services de santé de proximité ont déjà été mis en place dans le cadre de la prévention de la dépendance ou en réponse aux besoins de prise en charge des personnes âgées. Dans cette profusion d'offre de santé, il est nécessaire de trouver les acteurs ressources sur les territoires pouvant aider à l'orientation de la personne vers le service le plus adapté à ses besoins. Dans un premier temps, c'est à l'infirmier de faire ce travail d'identification des besoins et des réponses pertinentes à leur accorder au sein du PPS.

Cela demande à l'infirmier d'avoir une connaissance exhaustive de tous les services du territoire, ce qui relève du défi, au regard de l'accumulation et de l'évolution constante de l'offre sur les territoires.

Désormais, en Midi-Pyrénées, le Gérontopôle offre des interventions médicales, paramédicales et/ou sociales (en lien avec une équipe pluri-professionnelle : des psychologues, kinésithérapeutes, diététiciens...) qui répondent en tout ou partie aux besoins en santé des patients. Cependant, dans un souci d'accessibilité aux soins et de prise en charge sur le long terme il est nécessaire de privilégier la proximité. En outre, les besoins médico-sociaux et sociaux trouvent souvent une réponse sur les territoires.

Afin d'appuyer les IDEL dans cette tâche, nous avons dans un premier temps identifier deux partenaires pouvant éclairer les infirmiers sur l'offre de santé proposé sur les territoires.

Les CLIC : Centre locaux d'information et de coordination.

Guichet d'accueil, d'information et de coordination, les Clic sont des structures de proximités destinées à l'accueil et l'information des retraités, des personnes âgées et de leur entourage, ainsi que des professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile.

Les MAIA : qui par leur travail sur le guichet intégré peuvent renseigner et orienter les professionnels vers les réponses, en termes de services, les plus complètes et adaptées possible.

Cette proposition de coopération entre les professionnels de santé et les ressources de coordination existantes sur le territoire permettent d'envisager via leur interconnaissance des coopérations fructueuses pour la qualité de la prise en charge des patients. En outre, les infirmiers peuvent également par ce même biais alerter sur le manque de services adaptés aux personnes âgées sur le territoire.

5.3. Pérennisation du protocole et pratiques avancées

L'enjeu des protocoles de coopération se tisse autour des transferts d'activités, redéfinissant alors les périmètres d'intervention de chaque profession et demandant une réorganisation des modalités d'intervention de chaque professionnel auprès du patient.

Les protocoles visent à expérimenter les transferts de tâches s'opérant entre professionnels médicaux et paramédicaux, dans la perspective d'inscrire à titre définitif et non plus dérogatoire les actes et activités de soins réalisées en lieu et place d'un médecin sur la liste des actes ou prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie. (Article L. 162-1-7 CSP).

Ainsi, un accompagnement de la redéfinition des champs d'intervention s'opère, assurant une gradation croissante des compétences paramédicales reconnues légalement et financièrement. La résultante de ces avancées trouverait écho dans l'inscription des nouvelles compétences paramédicales au sein de la formation initiale, ou encore dans l'émergence de pratiques avancées reconnues.

Comme le souligne Y. Bourgueil « les termes de pratiques avancées assumées par des infirmières titulaires de master recouvrent souvent des pratiques réalisées en France par des infirmières occupant des fonctions de cadre ou ayant acquis une grande expérience et autonomie de pratique. Ainsi, c'est bien la question de la reconnaissance des pratiques réelles et de leur inscription dans un cadre professionnalisant et un cursus académique qui est en jeu dans le contexte français »⁵⁰

⁵⁰ Y. Bourgueil, **les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification**, Adsp n°70, mars 2010, p 30.

Le protocole de diagnostic de la fragilité au même titre que les autres protocoles s'institue, via la coopération, comme outil d'accompagnement de la redéfinition des champs d'intervention des professionnels de santé, et permet dans l'intervalle la reconnaissance, la légitimation, et l'élargissement du champ de compétence infirmiers.

Les enjeux des protocoles de coopération entre professionnels de santé concernent la qualité et la sécurité de la prise en charge, ainsi que l'efficacité du système de santé. Autant d'impacts que l'ARS doit, avec l'aide des acteurs de terrains, être à même de mesurer et d'accompagner.

1. Analyse du processus de l'accompagnement au changement

1.2 L'ARS, une agence au carrefour du contrôle et de l'accompagnement ?

Le souhait de faire mon stage à l'ARS était largement motivé par le besoin de comprendre son rôle sur les territoires, les prérogatives et marges de manœuvre des agents. Ma chance a été de pouvoir mener des missions au sein de l'agence et de découvrir de façon très opérationnelle les enjeux, missions, objectifs afférents à l'exercice de chargé de mission.

Cette expérience, je l'ai vécue à travers l'appui au déploiement du protocole de diagnostic de la fragilité. Alors, que ma vision de l'ARS se bornait jusqu'alors aux textes législatifs en vigueur, j'ai découvert qu'une mission importante et largement répandue au sein du DPR s'imposait : l'accompagnement des acteurs de terrain.

Dans un premier temps, il semble important de comprendre de quelle façon les missions adjointes aux ARS, sont conduites et appréhendées par les cadres référents au regard des besoins et sollicitations du territoire.

1.2.1 Le cadre législatif

Par son article 118. La loi HPST du 21 juillet 2009, crée les Agences régionales de Santé. Elles sont alors considérées comme le pilier de la réforme de santé.

Les ARS ont pour mission la mise en œuvre des politiques de santé publique nationale au niveau régional.

Elles assurent à l'échelle régionale le pilotage de notre système de santé. Elles sont responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention, de l'organisation de l'offre de soins en cohérence avec les besoins de la population. Elles garantissent une approche plus efficiente des politiques de santé menées sur un territoire, et doivent permettre une plus grande fluidité du parcours de soin patients, pour répondre aux besoins en santé.

Les ARS ont pour missions⁵¹ :

Le pilotage de la politique de santé publique en région :

- La veille et la sécurité sanitaire, ainsi que l'observation de la santé.
- La définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé
- L'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet

La régulation de l'offre de santé :

Pour répondre aux besoins en santé de la population et garantir l'efficacité du système de santé.

Elle porte sur les secteurs ambulatoires, médico-sociaux et sanitaires, dans une dimension territoriale. Elle vise une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire, ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources. La maîtrise des dépenses de santé est une composante importante de son activité.

Il ressort du cadre législatif, les notions de financement, d'évaluation, de pilotage, de régulation, portant une symbolique forte de contrôle du champ de la santé par les ARS. C'est également dans cette dimension que j'envisageais le rôle de l'ARS, au même titre que bon nombre d'acteurs de terrain que j'avais pu rencontrer dans mon cursus universitaire.

Grâce à mes missions et les différentes expériences conduites au sein de l'ARS Midi-Pyrénées j'ai pu prendre la mesure des réalités du travail engagé par les cadres référents avec les partenaires extérieurs. Un travail d'accompagnement, avant tout.

1.2.2 Analyse des pratiques

Les rapports de la HAS⁵² et du Sénat⁵³ sur les protocoles de coopération soulèvent à plusieurs reprises le rôle d'accompagnement des porteurs de protocole de coopération qui incombe à l'ARS. Un accompagnement, pour la recherche d'un financement, mais surtout un accompagnement méthodologique.

⁵¹ **Art 118, loi HPST, 21 juillet 2009.**

⁵² **HAS, délégation, transferts de tâches, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?, avril 2008**

⁵³ **Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé, sénat session ordinaire de 2013-2014, C. Génisson et A. Milon.**

La pratique m'a également permis de prendre conscience de l'accompagnement important dévolue aux professionnels de santé exerçant dans le domaine libéral sur ce projet. Notre appui méthodologique, les relances et les besoins de redynamisations des équipes étaient partie prenante de notre exercice quotidien auprès des professionnels. Cette nécessité d'accompagnement trouve un réel écho dans les changements profonds d'organisation de l'offre de soin et de modalités d'exercices exigés par la mise en œuvre d'un protocole de coopération.

Afin de mener à bien le processus d'accompagnement au déploiement du protocole de coopération sur la fragilité, il est primordial d'analyser le changement à la fois organisationnel et culturel qui s'impose aux acteurs.⁵⁴

1.2.3 Analyse du changement dans le champ de l'innovation

L'analyse du changement semble essentielle dans l'anticipation des problèmes de résistance au changement des professionnels concernés. Elle permet de fait d'avoir une approche éclairée du processus d'accompagnement singulier à mettre en place auprès des acteurs le nécessitant.

Nos actions dans l'accompagnement des professionnels de santé pour la mise en œuvre du protocole étaient surtout « réactionnelles ». Elles étaient centrées sur les problèmes émergeant dans l'immédiateté. Notre démarche d'accompagnement se construisait au fil de l'eau et ne nous permettait que peu d'anticipation. Notre accompagnement oscillait entre actions et réajustements et la temporalité de mise en œuvre ne nous permettait pas réellement d'adopter une posture d'anticipation et d'analyse fine de l'accompagnement à mettre en œuvre.

Comme le souligne F. Cros⁵⁵, le changement ne se définit pas seulement par le nouvel objet introduit il peut être causé par une innovation produite à l'intérieur de l'organisation, émergeant du groupe social lui-même. Ce propos est tout à fait intéressant, puisque si l'innovation qui nous préoccupe ici, les protocoles de coopérations, est imposée dans le paysage de la politique de santé via son inscription dans le CSP, le principe de la

⁵⁴ B. Bastiani et al., Pratiques avancées : des représentations professionnels aux repères pour accompagner le changement, chapitre 9, accompagner le changement dans les champs de la santé, de boeck estem, Paris 2015, p127- 175.

⁵⁵ Cros Françoise. L'innovation en éducation et en formation. In: Revue française de pédagogie. Volume 118, 1997. pp. 127-156

délégation de tâches était largement répandu en milieu hospitalier notamment, de façon plus officieuse.

Les problèmes liés à cette innovation seraient dès lors induits par la reconnaissance légale du changement d'organisation et des évolutions des compétences ?

Une réflexion plus en amont, sur les changements, aurait-elle pu nous permettre de mieux anticiper les résistances locales, et favoriser l'anticipation, à l'action en réaction aux problèmes posés dans l'instant?

C'est une question importante, qui trouve source dans les limites de l'accompagnement que nous avons proposé aux acteurs.

Il me semble que le manque d'anticipation des besoins induits par le changement nous a demandé un travail conséquent, qui au regard du développement des protocoles sur la région et des évolutions réglementaires sur le sujet sera certainement extrêmement lourd d'implications à l'avenir.

Concernant le protocole sur la fragilité, si un effort sur la construction de pratiques harmonisées a été réalisé, les réponses individualisées données aux professionnels relatives aux freins rencontrés restent importantes et représentent un travail conséquent.

Ce travail d'accompagnement personnalisé ne pourra certainement pas perdurer à l'avenir. Ainsi, l'anticipation des besoins des acteurs face à l'innovation et au changement est-elle possible ?

Selon la synthèse de Cros⁵⁶ sur la théorie de Crozier et Friedberg, 1977⁵⁷ «Le changement consiste in fine à modifier les « zones d'incertitude » dont le contrôle assure un certain pouvoir. Ce changement demande un apprentissage de capacités nouvelles à résoudre les problèmes d'organisation collective : c'est l'élaboration d'un nouveau construit social. L'acteur, avec ses marges de libertés, agit selon une analyse stratégique. L'organisation agit comme un système d'action concret, dans un système de relation, de pouvoir, de marchandage et de calcul. L'innovation devient un puissant régulateur en ce qu'elle permet de maintenir le système en l'état »

L'ARS permettrait dès lors d'offrir un cadre défini, et diffusé de façon harmonisée afin que les changements opérés via les négociations des acteurs et l'élaboration des nouveaux

⁵⁶ **Ibid**

⁵⁷ **Crozier M. Friedberg E, L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective: Le Seuil, 2007.**

construits sociaux ne transcendent pas l'ordre social établi. Ceci permettrait d'accompagner efficacement la transition des personnes. L'accompagnement au changement requiert du temps consacré aux échanges, une écoute active, une réelle disponibilité, de la détermination, et certainement la conviction que l'innovation engagée répond à un besoin profond de changement des organisations à l'œuvre.

1.2.4 L'accompagnement au changement

Dresser un cadre de lecture autour de l'accompagnement au changement, semble primordial, afin de mener une analyse éclairée sur les modalités d'accompagnement que nous avons mises en œuvre sur ce projet.

Nous allons ici partir de l'étude relative à l'accompagnement au changement dressé par B. Bastiani et al.⁵⁸ Cette recherche menée en 2013, a été réalisée auprès de médecins anesthésistes réanimateurs et d'infirmiers anesthésistes diplômés d'état. L'objectif de l'étude était de recueillir les représentations professionnelles de ces acteurs de santé relatives au projet de mise en place des pratiques avancées en France. A la suite de l'analyse des 20 entretiens recueillis dans le cadre de l'étude, voici les propos conclusifs des chercheurs.

Les représentations professionnelles sur la genèse de pratiques avancées comme sur les protocoles de coopération sont semblables par certains points. La logique de la rationalisation des coûts de la santé à défaut de l'amélioration de la qualité des soins est avant tout retenue par les professionnels médicaux et paramédicaux.

En outre, une différenciation de point de vue est observée entre médecin et paramédicaux sur la pérennisation des nouvelles compétences. Pour les médecins la situation de la démographie médicale actuelle, peut justifier pour un temps la mise en œuvre des pratiques avancées. Au contraire les paramédicaux perçoivent un réel avantage à la reconnaissance pérenne de leur montée en compétences.

Enfin, chacun des deux corps professionnel perçoit l'autre comme un frein potentiel aux avancées proposées.

Les freins aux changements portent surtout sur le transfert de responsabilité et la crainte de « délégations de confort ».

⁵⁸ B. Bastiani et al., Pratiques avancées : des représentations professionnels aux repères pour accompagner le changement, chapitre 9, accompagner le changement dans le champs de la santé, de boeck estem, Paris 2015, p127- 175.

Pour les auteurs l'accompagnement doit commencer par une information fine en termes de transfert de compétences, de responsabilité et de pratiques avancées.

Se positionner sur les réalités de terrain afin d'accentuer les plus-values en termes d'organisation de l'exercice professionnel, de prise en charge globale du patient, et d'efficience, permettrait d'offrir une vision plus optimiste du changement.

La vision systémique du changement des macroacteurs, telle que l'ARS, pourrait permettre d'instaurer une dynamique « d'anticipation et de prospective ».

L'accompagnement au changement pour les macroacteurs serait donc à envisager en deux étapes :

- La communication :

Elle permettrait d'envisager une clarification des concepts émergents autour de la délégation de tâche, de subsidiarité et de diversification. Elle aurait également pour but de projeter les acteurs de terrain vers la perspective des pratiques avancées et les sensibiliser aux nouvelles organisations dans lesquelles ils pourraient s'intégrer. La communication viserait à sortir des préjugés communs, pensant la délégation de tâche comme l'émergence d'une médecine low-cost. Elle permettrait d'introduire dans la perception commune, qu'un « up-grade » légiféré de compétences paramédicales, aboutirait à une efficience dans la prise en charge des patients.

- Un temps de réflexion :

Qui permettrait à chacun des corps professionnels de prendre le temps de dépasser leurs réticences respectives. Viser une ouverture des champs des possible en travaillant ensemble à faire émerger des pratiques différentes où chacun aurait sa place.

La mise en évidence de ces deux étapes à envisager pour l'accompagnement au changement, entre en cohérence avec les réflexions que nous avons eues sur le sujet et les freins ou réajustements que nous avons du effectuer.

Concernant la communication :

Il était dans un premier temps important pour moi, de lever toute confusion sémantique ou conceptuelle sur le sujet des protocoles de coopération.

Je les avais d'abord envisagés comme la simple reconnaissance nationale des protocoles quotidiennement utilisés au sein des services hospitaliers : les protocoles de soins, cités dans le CSP à l'article L 4311-7.

« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale (...) soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin ».

Au même titre, pour le premier recours, la HAS a élaboré un guide de bonnes pratiques sur les protocoles pluri-professionnels : « Un protocole pluri-professionnel traduit la volonté partagée d'associer des compétences médicales, soignantes, médico-sociales pour mieux prendre en charge une situation concernant une ou des maladie(s) aiguë(s) ou chronique(s). Il répond à un problème pluri-professionnel identifié par une équipe, au sein d'une structure de soins ou sur un territoire. Il tient compte de l'expérience des patients et peut porter une attention particulière aux aidants naturels. »⁵⁹

La Has a bien pris soin de stipuler la différence entre les protocoles pluri-professionnels et les protocoles de coopération entre professionnels de santé, en spécifiant que les protocoles de coopération (art 51 de la loi HPST) mettent en œuvre des actes dérogatoires entre un déléguant et un délégué.

La frontière du simple protocole et des transferts d'actes à titre dérogatoire est souvent compliquée à percevoir, mettant ainsi en exergue la méconnaissance des compétences acquises des paramédicaux. Le rapport du Sénat, reprend cette réalité comme suit :

« Une part non négligeable des projets de protocoles qui sont examinés par les administrations hospitalières ou par les ARS ne sont en fait pas dérogatoires par rapport aux textes existants, et ne nécessitent donc pas réellement la mise en place d'un protocole. Cela signifie que les professionnels de santé n'utilisent pas à l'heure actuelle toutes les capacités offertes par le droit par manque de connaissance. Il y a donc un travail à mener pour favoriser le travail en équipe et la répartition optimale des tâches dans le cadre du droit existant.

Les coopérations dans l'article 51 de la loi HPST apparaissent en fait comme une nouvelle étape dans un processus long d'évolution des rôles des différentes professions de santé. »⁶⁰

Ce point mérite d'être souligné. Il nous est nous-même arrivé au sein de l'équipe de nous interroger sur les protocoles qui nous étaient soumis à ce sujet.

⁵⁹ Comment élaborer et mettre en œuvre un protocole pluriprofessionnel, HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2033014/fr/comment-elaborer-et-mettre-en-oeuvre-des-protocoles-pluriprofessionnels, mise à jour février 2015

⁶⁰ Rapport d'information n° 318 (2013-2014) de Mme Catherine GÉNISSON et M. Alain MILON, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 28 janvier 2014

Il est également pertinent dans ce contexte de s'interroger sur les logiques inhérentes au concept de coopération entre professionnels de santé. La logique de substitution et la logique de diversification.

La logique de substitution : entend redéfinir la répartition des formes de prises en charges existantes entre les professionnels de santé. Selon Y. Bourgueil « la substitution décrit une situation dans laquelle une tâche antérieurement réalisée par une certaine catégorie de professionnels est réalisée par une autre catégorie de professionnels »⁶¹. Cette logique peut répondre à des besoins définis. Elle peut pallier les problématiques de démographie médicale ou peut permettre de rationaliser les coûts de productions de soins, surtout liés aux ressources humaines.

La logique de diversification : qui favoriserait l'émergence de nouvelles formes de prises en charge ou l'enrichissement des modalités de prise en charge antérieures en mettant en œuvre de nouvelles organisations et en enrichissant les compétences du professionnel. Cette logique invite à redéfinir avec précision et évaluer l'acte ou la nouvelle forme de prise en charge afin d'assurer une sécurité et une qualité des soins. Elle ne consiste pas comme dans la logique de substitution seulement en la formation du professionnel. Selon Bourgueil la diversification renvoi « à une extension des services offerts aux patients grâce au développement ou à la reconnaissance de nouvelles compétences chez certaines catégories de professionnels »⁶². Ce nouveau mode de coopération vise l'amélioration de la qualité de la prise en charge et la réponse à des besoins non comblés. La diversification pourrait ainsi correspondre à une nouvelle catégorie d'activités, qui ne sont pas encore prodiguées par une profession en particulier.

La logique de diversification entre en cohérence avec les modalités d'exercices développées par le protocole de coopération « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé ». L'objet du sujet, la fragilité, n'est à ce jour réellement maîtrisé que par les professionnels des secteurs gériatriques. Les médecins généralistes ne sont pour la plupart pas formés à la fragilité et à sa prise en charge. Ils n'auraient certainement pas l'opportunité et la

⁶¹ Yann Bourgueil, Les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification, adsp n°70, mars 2010, p30.

⁶² *Ibid*

possibilité de mettre en œuvre une prise en charge de la fragilité, ou le temps d'établir un diagnostic (1 heure d'entretien clinique minimum). Le protocole vient ici combler un déficit de prise en charge ou permet l'émergence d'un nouveau mode de prise en charge conduit par l'infirmier dans le but de maintenir la santé des personnes âgées et d'éviter la perte d'autonomie.

C'est certainement cette logique à l'œuvre qu'il serait pertinent d'élever à la connaissance des professionnels médicaux et paramédicaux. Notre communication en regard de la mise en œuvre du protocole, pourrait se nourrir de la réelle plus-value qu'apporte le protocole c'est-à-dire, une nouvelle réponse à un besoin de prise en charge. Ainsi ce n'est pas sur le transfert de tâche ou encore l'acte dérogatoire que doit se focaliser notre communication, mais bien sur l'émergence d'une activité nouvelle qui à terme va permettre de diffuser un nouveau service de prise en charge, avec pour objectif une amélioration de la prise en charge précoce du patient.

Le temps de réflexion dans l'accompagnement au changement est également apparu comme nécessaire dans notre pratique et notre accompagnement. Nos différentes interventions ont eu l'avantage de redynamiser les débats et susciter des interrogations. Les équipes pluri-professionnelles ont besoin de ce temps de réajustement plus ou moins long, leur permettant de réorganiser leur mode d'action ou d'impulser une dynamique commune de travail. Le Sénat fait cas dans ses conclusions de « l'étape importante de l'évolution des esprits »⁶³ : « La question de l'évolution des rôles des professions de santé a longtemps buté sur des questions de sémantique et de susceptibilité, ou sur une vision qui tendait à distinguer les professions au lieu de les rapprocher dans l'objectif commun de prise en charge du malade. Cela amène à une analyse des projets d'évolution en termes de dessaisissement ou de concurrence entre professions de santé, la question des actes accomplis devenant inutilement centrée sur des questions de pouvoir ou financières. Les coopérations permettent de rompre avec cette logique et de contribuer à une évolution des mentalités qu'il convient néanmoins de mener en lien étroit avec les professionnels de santé. »⁶⁴

L'ARS a très certainement un rôle important à jouer dans la dynamisation du processus, au regard des démarches lourdes à accomplir individuellement pour adhérer au protocole, et des freins importants que les professionnels peuvent rencontrer. Cependant, la construction

⁶³ Rapport d'information n° 318 (2013-2014) de Mme Catherine GÉNISSON et M. Alain MILON, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 28 janvier 2014

⁶⁴ *Ibid*

de la dynamique interne entre délégué et délégant doit se construire de façon autonome. Les réajustements envisagés par les professionnels sont des avancées importantes dans le nouveau champ de coopération qui se crée.

Pour illustrer ces propos, il me paraît pertinent de mettre en exergue les initiatives fructueuses des infirmiers du protocole de coopération sur la fragilité. Trois Infirmiers issus de la première vague de formation sur le protocole sur la fragilité, ont décidé d'eux même d'informer leurs délégants sur le contenu du protocole, et la répartition des rôles envisagés par le protocole. Ces initiatives ont été saluées par les médecins et ont de façon certaine permis d'engager un débat, et des discussions sur les réajustements nécessaires à la mise en œuvre de ce nouveau mode de pratique. Ces 3 infirmiers ont été les premiers à faire des diagnostics et à s'être constitué une place spécifique auprès des patients suivis. Ni comme infirmier libéral attiré, ni comme médecin, mais comme professionnels de la prise en charge de la fragilité. Une position intermédiaire s'est ainsi créée.

Ces exemples m'ont conduit à m'interroger sur les interventions faites auprès des médecins. Si elles semblaient nécessaires, ne sont-elles pas arrivées trop tôt ? Ne nous sommes-nous pas substitués au rôle que pouvait tenir l'infirmier ?

Lorsque l'infirmier présente le protocole à son délégant, il est important d'y voir plus qu'une simple étape d'information. Son intervention sensibilise les délégants à :

- Sa maîtrise du sujet, qui permet de le légitimer auprès de son délégant.
- L'intérêt pour le délégué de monter en compétences, et d'utiliser également les compétences et connaissances de prise en charge globale du patient qui lui sont peu reconnues.
- L'opportunité de créer un lien de confiance avec le délégant et d'ouvrir le partage des connaissances et compétences qui sont au cœur du travail en pluri-professionnalité.
- S'affirmer également comme détenteur d'un savoir et savoir-faire qui fait de lui un acteur à part entière de la prise en charge du patient.

L'infirmier peut par ce biais illustrer l'envie de faire évoluer ses compétences. Cette velléité des professionnels de santé ne date pas d'aujourd'hui, comme le souligne le Sénat par le biais du diagnostic porté en 1989 par Jacques Fournier, Nicole Questiaux et Jean-Marie Delarue dans le *Traité du social*, selon lequel « l'équipe traditionnelle, fondée sur la

*hiérarchie du médecin et de « ses » auxiliaires [est une] fiction préservée à grand peine [qui] ne rend plus compte des désirs des jeunes générations de professionnels ».*⁶⁵

Ainsi comme le souligne Yann Bourgueuil, les restructurations à l'œuvre de l'offre de santé sur le territoire, offrent une situation plus favorable aux innovations. C'est dans cette fenêtre d'opportunité que se déploient les protocoles de coopération : première pierre à l'édifice de la reconnaissance des pratiques avancées ?

1.3 Compétences acquises et apport du stage

Ce stage de 4.5 mois passé au sein du Département de Premiers Recours de l'ARS Midi-Pyrénées, a été extrêmement enrichissant dans ma construction professionnelle.

Cette expérience m'a permis d'être relativement opérationnelle et de développer une autonomie décisionnelle.

Le champ d'exercice m'a permis de développer des connaissances et compétences en lien avec les apprentissages universitaires.

1.3.1 Construction des missions

A mon arrivée à l'ARS, la thématique de travail que je devais m'approprier, était définie. Dans un premier temps j'ai donc pris connaissance du sujet et me suis également imprégnée de mon environnement de travail.

Beaucoup de rapports nationaux ont été réalisés sur les protocoles de coopération, ce qui m'a permis de comprendre la genèse de ce projet. Le contexte qui le portait, était également un prérequis à son appréhension.

Très vite la perspective de la reconnaissance des pratiques avancées des paramédicaux s'est dessinée autour de ce sujet. Les relations étroites entre ces deux sujets m'ont poussée à me renseigner sur l'existant et à définir l'intérêt de la mise en œuvre des protocoles de coopération.

Si les infirmières de pratiques avancées, ou infirmières cliniciennes, dont le champ d'action aujourd'hui porte avant tout sur la thématique de l'oncologie, sont déjà formées, leur légitimité et la reconnaissance de leurs compétences reste faible à ce jour⁶⁶.

⁶⁵ *Ibid*

⁶⁶ **Ibid**

Pourtant beaucoup d'enjeux de santé publique sont portés par la modification des compétences des paramédicaux⁶⁷ :

- Concernant les patients, c'est l'amélioration de l'accessibilité aux soins de proximité, un parcours de soin personnalisé, la sécurisation du maintien au domicile, la réponse à des besoins de santé de plus en plus « lourds » de prise en charge (polypathologie, pathologie chronique sévères ou décompensées) qui sont visés. C'est également offrir aux professionnels de santé les moyens de coopérer dans les zones fragiles- à faible densité de professionnels de santé au prorata du nombre d'habitants-, en répondant ainsi à des critères de proximité, d'accessibilité et de continuité des soins.
- Pour les paramédicaux, c'est l'attractivité de la profession et la fidélisation des jeunes professionnels par des perspectives de carrières qui est en jeu.
- Pour les médecins, les pratiques avancées comme la coopération permettraient un meilleur maillage du territoire, de libérer du temps médical pour les situations les plus complexes et apporterait un confort d'exercice en privilégiant la concertation pluridisciplinaire.
- Pour la société, c'est une valorisation du champ de la santé publique. Elle permettrait de favoriser le maintien à domicile, de maîtriser des dépenses de santé par l'aide au développement de certaines activités (chirurgie ambulatoire, chemins cliniques) et un travail de fond sur l'ouverture ville hôpital (axe important du plan ONDAM).

Les protocoles de coopérations m'ont également demandé d'ouvrir mon champ de connaissance au mode d'exercices regroupés en expansion, les Maisons Pluri-professionnels de Santé, et aux nouveaux modes de rémunération.

Les maisons de santé recouvrent ainsi plusieurs objectifs:

Pour la population : Garantir une offre de santé de proximité ; Assurer des activités de soins sans hébergement ; Participer à des actions de santé publique, à des actions de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales ; Améliorer l'offre de soins sur un territoire en facilitant le maintien ou l'installation des PS médicaux ou paramédicaux

- Pour les professionnels de santé :

⁶⁷ Infirmière de pratiques avancée de quoi parle-t-on?: <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/infirmier-de-pratique-avancee-de-quoi-parle-t-on.html>. mise à jour 28/02/2014

- Optimiser les conditions d'exercice des PS en facilitant notamment la continuité des soins, en mutualisant les coûts des locaux, du personnel ou du matériel et en favorisant le décloisonnement médical-paramédical-social autour du patient
- Favoriser le partage d'expérience et la complémentarité des approches
- Développer une orientation novatrice de la formation des jeunes PS ouverte sur les nouveaux modes d'exercices
- Offrir un cadre d'exercice attractif pour les jeunes générations de médecins et d'autres professionnels de santé, pour stabiliser l'offre de soins des territoires ruraux
- Pour les patients:
 - Offrir un accompagnement global et coordonné, sans interruption dans la continuité des soins
 - Permettre de maintenir un accès aux soins de proximité

Les nouveaux modes de rémunération sont dès lors considérés comme des leviers qui:

- Favorisent la prise en charge globale du patient en valorisant financièrement le travail de coordination pluri-professionnel accompli au sein des maisons et pôles pluri-professionnels de santé et des centres de santé.
- Mettent en place une rémunération spécifique en contrepartie d'un certain nombre d'engagements relatifs à l'accès aux soins, le travail en pluridisciplinarité et le système d'information partagé.

Une fois cet exercice d'analyse systémique engagée, mon attention se focalisait sur le protocole de coopération « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé ». Les différents entretiens effectués avec ma tutrice de stage m'ont alors aidée à comprendre les enjeux liés à ce protocole et les spécificités qui lui étaient propres.

Notre coopération et nos échanges autour de ce sujet ont été extrêmement enrichissants. Ses connaissances et compétences méthodologiques, juridiques et règlementaires sur le sujet m'ont accompagnées dans l'évolution de mes connaissances. De plus, son antériorité sur le sujet m'a permis de comprendre la genèse du protocole et les acteurs en présence.

Mes compétences et connaissances dans les sciences infirmières sont venues enrichir nos échanges sur les freins désormais envisageables ou repérables au déploiement du protocole.

Enfin, la vision plus politisée sur les protocoles de coopération du médecin référent, a nourri mes réflexions sur les enjeux liés à l'innovation et aux changements profonds à l'œuvre.

Désormais il m'était possible de proposer des actions d'accompagnement au déploiement du protocole à envisager, avec ma tutrice. Nous avons procédé à une organisation en mode projet⁶⁸.

Le projet se définit comme une suite ordonnée d'opérations ou d'actions réalisées pour atteindre un résultat précis à une date donnée.

Ainsi nous avons défini ensemble la nécessité de rencontrer les délégués et délégués du protocole, avec des objectifs visés précis. Mes actions devaient s'étendre sur une période définie en regard de dates butoirs concernant : le point d'étape avec les infirmiers, le début de la deuxième formation et la fin de mon stage.

Afin de pallier les différents niveaux d'incertitude que l'on pouvait rencontrer, notamment du fait de la connaissance incomplète que l'on a des différentes variables (difficultés, aléas, délais), j'ai pris pour habitude de faire des comptes rendus soit oraux, soit par mail à l'issue des différentes actions réalisées.

Ces points réguliers et les moments de coordination sur le sujet avec ma tutrice m'ont permis d'avancer sereinement dans mes missions. En peu de temps, grâce à la relation de confiance que nous avons établi et aux liens que j'avais créé avec les acteurs de terrains, il m'était possible d'être force de proposition concernant les actions à envisager.

Ma présence auprès des acteurs a été facilitatrice dans la lecture de jeux d'acteurs et des freins actuels et à venir en regard du déploiement du protocole.

Cette autonomisation et la confiance acquise au fil du stage, m'ont permis de passer d'un statut de novice « observateur, apprenant » à un statut de « Débutant ».

Mes propos se basent ici sur le modèle d'acquisition des compétences de Stuart Dreyfus (mathématicien et analyste des systèmes) et Hubert Dreyfus (Philosophe)⁶⁹.

⁶⁸ UE 15 Stratégie territoires et conduite de projets en santé publique coordonnateur Michel Louazel.

⁶⁹ **Patricia Benner, De novice à expert-Excellence en soins infirmiers, Elsevier Masson, Paris, 2003, 264p.**

Le modèle d'acquisition de compétences d'écrit 5 stades successifs: - Novice - Débutant - Compétent - Performant - Expert ⁷⁰

Je suis ainsi passé d'un stade d'observateur, apprenant au stade d'une réelle implication sur le sujet, « d'agent opérationnel »⁷¹.

1.3.2 Les apports théoriques et pratiques

Les apports théoriques

L'acquisition de connaissances sur les protocoles de coopération et surtout sur les enjeux et perspectives qu'ils recouvrent, a été grandement facilitée par l'unité d'enseignement « approche interdisciplinaire des systèmes de santé ». Mon analyse s'est notamment nourrie des travaux collectifs sur les soins primaires, et des politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes et de leurs aidants en Europe.

Ces connaissances antérieures ont été des grilles de lectures et d'analyse précieuses, me permettant de me distancier de mon sujet et de comprendre vers quel système notre système de santé français tendait à évoluer.

Les nouveaux modes d'exercices regroupés dans le secteur ambulatoire, l'émergence de métiers administratifs facilitateurs comme le coordinateur, et l'évolution des compétences des paramédicaux vers les pratiques avancées, m'ont conduite à réinvestir le modèle anglo-saxon le « National Health Services ».

Si l'investissement de sujet des coopérations a été très important durant mon stage, il était également essentiel pour moi d'ouvrir ma culture à d'autres sujets, projets et organisations.

Il m'a été donné l'opportunité d'investir le champs des MSP et centres de santé sur le territoire, ainsi que les nouveaux modes de rémunération dont la pérennisation a été actée via le règlement arbitral au début de mon stage.

J'ai pu également appréhender les champs de la coordination et l'intégration via les réseaux de santé régionaux, territoriaux, et les MAIA. J'ai notamment assisté à une journée de rassemblements des réseaux et MAIA visant à débattre de la complexité. A l'heure où la coordination des acteurs, autour de la prise en charge globale des patients complexes, est en plein élan et les projets multiples (réseaux de santé, MAIA, PAERPA, HAD, CLIC...),

⁷⁰ Cf Annexe 7 : Modèle de différenciation des étapes du cheminement vers l'expertise (version tirée de Dreyfus et Benner)

⁷¹ Patricia Benner, De novice à expert-Excellence en soins infirmiers, Elsevier Masson, Paris, 2003, 264p

il était intéressant d'observer le ressenti et les difficultés des acteurs impliqués dans ces modalités de prise en charge toujours en évolution.

Le champ de l'accès au soin via les transports sanitaires, la permanence des soins, l'organisation des soins d'urgence, les aides à l'installation des jeunes médecins entre autre, était encore nébuleux pour moi. Si nous l'avons beaucoup évoqué au sein du master, à travers les inégalités sociales et de santé, appréhender ce sujet sur des missions concrètes a été une réelle plus-value.

J'ai également eu l'occasion de m'attarder sur les missions et l'organisation d'autres départements de l'ARS :

- Les délégations territoriales et leur schéma d'organisation propre à la région.
- Le département médico-social
- Le département Etablissements de Santé

Les apports pratiques ou compétences développées.

Je parlerai ici, plus de compétences développées que de compétences acquises. L'acquisition comme soulignée par le modèle d'acquisition de compétence de Dreyfus, nous octroie un niveau de compétences acquises et donc d'« expertise » après plusieurs années d'expériences.

« L'experte qui a un bagage imposant d'exemples de situations réelles a une « reconnaissance » intuitive de la situation et se centre immédiatement sur les aspects importants sans formuler d'hypothèses non productives. Elle voit spontanément ce qu'elle doit faire, sans avoir à le raisonner de façon consciente ». ⁷²

Mes missions ainsi que les sollicitations des personnes du département m'ont permis de développer des compétences diverses.

La principale se concentre sur la communication :

- La communication pour informer, redynamiser, négocier, accompagner.

La communication a été une compétence majeure à développer.

Dans un premier temps pour la prise de contact avec les acteurs. Elle m'a permis d'être identifiée, de créer une interconnaissance, et un lien de confiance avec mes interlocuteurs réguliers (infirmiers et médecins).

⁷² **Ibid**

J'ai également dû m'appuyer sur des supports afin de communiquer :

- L'envoi de mail, dans un objectif de traçabilité de l'information et d'harmonisation de l'information. Le mail est la voie de communication que j'ai le plus utilisé durant mon stage. C'est un exercice quotidien dans l'activité de chargé de mission, qui n'a l'air de rien, mais peut très vite prendre une importance forte. Il permet en effet d'avoir une trace écrite des éléments diffusés. Autant le fond que la forme doivent être soignés, tout élément écrit doit être maîtrisé, afin qu'aucun imper de communication ne puissent être retenus.
- Les présentations power point. Ce support de communication visuel, m'a beaucoup servi durant mes missions. Il servait à appuyer mes propos et à laisser traces des informations importantes que je souhaitais laisser à mon auditoire. C'est un exercice très intéressant, puisqu'il nous demande de préparer les messages verbaux en congruence avec un support inerte qui doit marquer la mémoire et retenir l'attention de l'auditoire. Le support me servait avant tout à dynamiser le discours et à laisser une trace des messages clés aux acteurs ciblés.

La transversalité :

Travailler de manière transversale est une compétence importante dans les métiers relatifs à la santé. Quelle que soit la spécificité du sujet traité, les enjeux qui l'englobent, relèvent d'une multiplicité de connaissances et de compétences. Avoir une vision globale des problèmes de santé est un enjeu pour tous les acteurs, administratifs ou de santé.

Le travail en transversalité avec des acteurs d'horizons différents a été un réel levier d'action dans les missions traitées. La complémentarité des champs d'expertise a rendu nos actions riches et intelligibles auprès des acteurs de santé ciblés.

En outre, les interactions multiples que nous avons pu avoir avec les experts de la fragilité, ou les cadres référents du département nous permettait d'avoir une vue d'ensemble des problèmes pouvant survenir, ou encore des marges de manœuvre que nous avions dans notre objectif de déploiement du protocole. Le travail en transversalité est selon mon expérience un gage d'efficacité et de qualité. Il permet également de développer l'interconnaissance des expertises et compétences en présence. Le travail en transversalité est également un outil intéressant dans la diffusion de nouveaux projets, puisqu'il permet d'amener à la connaissance de nombreux acteurs les projets sur lesquels on travaille.

La coordination :

Ou « l'harmonisation d'activités diverses dans un souci d'efficacité »⁷³. Le travail en coordination est une compétence notamment organisationnelle que j'ai également développée au sein de ce stage. L'organisation des réunions ou de rencontres, demande d'arriver à rassembler les acteurs souhaités au bon endroit au bon moment. Si l'exercice peut paraître simple, il demande une organisation rigoureuse, et une préparation souvent très chronophage.

La coordination avec les professionnels de santé est par des égards assez complexe. Elle demande de prendre en considération les amplitudes horaires d'activités de chacun, mais également une assiduité et une réelle persévérance dans la demande.

La coordination se développe également à l'intérieur d'une équipe. De la même façon elle demande une souplesse, une reconnaissance du travail d'autrui et une diplomatie dans ses rapports à l'autre. L'exercice vise une articulation entre les différentes tâches et intervenants et demande un « ajustement mutuel »⁷⁴ et une « supervision directe ». Supervision que j'ai pu exercer dans mes missions.

La rédaction de notes :

Cet exercice demande une maîtrise du sujet, un esprit de synthèse, une qualité de simplification des points clés à transmettre. La qualité de la note s'apprécie dans sa pertinence, la qualité de la syntaxe, la synthétisation de l'information et son opérationnalité. J'avais déjà appréhendé l'apprentissage de la synthétisation au travers des comptes rendus réalisés dans mon stage précédent. Cette expérience m'a beaucoup servie, notamment dans la reconnaissance des messages prégnants à faire passer, et dans la présentation visuelle, qui doit permettre de repérer de façon rapide les éléments recherchés. L'explication des enjeux est l'objet phare de l'exercice, et certainement le plus périlleux. Il

⁷³ Dictionnaire Larousse

⁷⁴ Dominique Grootaers , Les apports de Henri Mintzberg, L'approche systémique pour mieux comprendre les organisations ,Le Grain, asbl.

http://www.legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=114 . mise à jour : 14

décembre 2005

demande une réelle concentration sur le sujet afin de ne surtout pas noyer le cœur du propos.

Ce stage a été porteur dans l'approfondissement de mes connaissances et compétences, dans des sujets que je ne maîtrisais que peu ou prou. Il m'a également permis de mobiliser et enrichir des savoirs et savoir-faire développés antérieurement. Ce stage a également été l'occasion pour moi d'intégrer une équipe accueillante, professionnelle, dont la dynamique de groupe, de coordination et de transversalité est souvent saluée par les autres services et acteurs extérieurs. Leur forte implication dans leurs missions, leur positivisme, leur ténacité, leur motivation, et leur forte implication auprès des acteurs locaux, auront fortement marqué et accompagné mon stage, et je le souhaite, ma pratique future.

Conclusion

L'innovation en santé est un vaste sujet, recouvrant de multiples enjeux. Dans un contexte en pleine évolution comme celui de notre système de santé, l'innovation prend toute sa place et suscite l'intérêt des acteurs administratifs ou de la santé.

Pour autant il n'est pas aisé de mettre en œuvre ces nouveaux modes de faire sur un territoire.

Ce travail nous prouve, que sans l'adhésion des acteurs concernés, rien ne peut avancer convenablement. Le changement ne s'impose pas, il se construit, il se débat, il naît de désaccord, de co-construction et de reconstruction. Au sein de cette dynamique, les macroacteurs doivent trouver leur place dans l'appui des équipes, dans un accompagnement qui doit être opéré avec subtilité.

L'accompagnement au changement, doit tenir compte « du niveau d'appropriation des logiques de changement par le sujet »⁷⁵. Le changement se fait avec le sujet par rapport au sujet, à ses représentations, à ses désidérata, de s'engager ou non dans un processus de changement, qui entraîne de multiples bouleversements.

L'accompagnement est un travail de longue haleine, qui demande une véritable adaptation au sujet intégré au collectif.⁷⁶

Notre travail sur le déploiement du protocole de coopération entre professionnel de santé « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé », reposait essentiellement sur cette question de l'accompagnement au changement. Les protocoles de coopération permettent aux acteurs de santé d'impulser d'eux même cette dynamique de changement, de s'en emparer et de construire de nouveaux modes d'exercices conjoints, la coopération. Ces velléités surviennent en regard des besoins suscités par leur pratiques et ou suscités par des besoins en santé des patients qui ne sont pas encore satisfaits.

Ce travail de coopération, en faisant émerger de nouvelles compétences, demande une redéfinition des contours des métiers, et une réelle reconnaissance de l'évolution des missions dévolues à chacun. Si cette transition en marche confère une légitime reconnaissance des missions et compétences des métiers paramédicaux -d'ores et déjà engagée par l'inscription des formations paramédicales au sein du système LMD en 2009-,

⁷⁵ Michèle Saint-Jean, Nadia Peoc'h, Bruno Bastiani, *Accompagner le changement dans le champ de la santé, Sciences du Soins*, Paris, de Boeck estem, , 2015, p182.

⁷⁶ **ibid**

son objectif premier est de réorganiser les modalités de prise en charge et les modes d'intervention auprès des usagers afin de répondre aux nouveaux besoins en santé de la population, en garantissant une sécurité et une qualité de la prise en charge.

La diversité des enjeux se tissant autour des protocoles de coopération, et les bouleversements qu'ils entraînent ont rendu ce travail très attrayant et riche d'enseignements.

Ce stage m'a donc apporté un enrichissement multiple. Il a été un réel atout dans la construction de ma voie professionnelle. L'intérêt pour les missions de l'ARS, ainsi que pour les modalités d'exercices et le travail de co-construction avec de multiples partenaires en interne et en externe m'a conduit à candidater sur un poste vacant au sein du DPR. Le professionnalisme des agents du DPR et les échanges multiples et enrichissants que j'ai pu avoir avec eux ont fini de me convaincre.

Enfin, à l'approche du commencement de ma carrière professionnelle et au regard des quelques expériences vécues, je retiendrai :

- L'importance d'entretenir du lien avec les acteurs de terrains dans l'accomplissement de mes missions.

- La volonté d'avoir une certaine marge de manœuvre, de participer aux décisions concernant l'organisation de mes missions, d'utiliser l'entièreté de mes compétences infirmières et de santé publique.

- Le besoin et la nécessité de partager ses compétences, ses connaissances avec ses collaborateurs, afin de s'enrichir des expériences de chacun.

Bibliographie

Textes législatifs

Ministère des affaires sociales et de la santé, pacte territoire santé pour lutter contre les déserts médicaux, dossier de presse, 13/12/2012

Loi Hôpital Patient Santé Territoire, 2009

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *la coopération entre professionnels de santé*, 10 juillet 2014.

HAS, *délégation, transferts de tâches, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?*, avril 2008

Art51, LOI no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Art 118, loi HPST, 21 juillet 2009.

Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé, Ministère de la santé et des sports, version consolidé au 3 avril 2015

Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé, Ministère de la santé et des sports, version consolidé au 3 avril 2015

M.Tourraine, « CIRCULAIRE N° SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2014

Articles/ rapports

Bourgueil Y., les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification, Adsp n°70, mars 2010, p 30.

C. Génisson, A. Milon, Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé, Senat n°318, 28/01/2014

Centre d'analyse stratégique, Quelles opportunités pour l'offre de soin de demain ? » la coopération entre professionnels de santé, *la note d'analyse*, décembre 2011, N°254, 12p

Cros F., « L'innovation en éducation et en formation », *Revue française de pédagogie*, Volume 118, 1997. pp. 127-156

Desmarais P., Les protocoles de coopération entre professionnels de santé : un dispositif à peaufiner, *RDSS 2012*, n°3, p.513

Françoise Cros, « L'innovation en éducation et en formation », *Revue française de pédagogie*, n°118, 1997, 156 pages.

HAS, « délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS, avril 2008.

HAS, délégation, transferts de tâches, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?, avril 2008

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « la coopération entre professionnels de santé », 10 juillet 2014.

Institution française d'expertise et d'aide à la décision rattachée appartenant au service du premier ministre, remplacé depuis 2013 par le Commissariat général à la stratégie et à la prospective .

M. Giroud, « La régulation médicale en médecine d'urgence », *Elsevier Masson*, n°8, 2009

Mission « démographie des professions de santé », rapport novembre 2002

MJ Renaudie et al., Coopération entre professionnels de santé, *URPS info* n°9, janvier 2015, 7 pages.

Pr. Yvon BERLAND , « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » rapport d'étape, octobre 2003

Pr. Yvon BERLAND, « Démographie des professions de santé », Rapport n°2002135, Novembre 2002

Professeur Yvon Berland et Docteur Yann Bourgueil, « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé », Rapport, juin 2006.

Rapport « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », Prof. Yvon Berland, octobre 2003

Rolland Y and al., Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1/12/2011

Séminaire des DGARS, généralisation des ENMR : Règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité, 20 mars 2015

Ouvrages

Bastiani B et al., « Accompagner le changement dans le champs de la santé », dans Saint-Jean M. et al., , *Pratiques avancées : des représentations professionnels aux repères pour accompagner le changement*, Paris, De Boeck Estem, 2015, 200 pages.

Benner P., *De novice à expert-Excellence en soins infirmiers*, Paris, Elsevier Masson, , 2003, 252 pages.

Carricaburu D. et Ménoret M., *Sociologie de la santé, Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2014, 236 pages

Crozier M. Friedberg E, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Point Essais, 2014, 500 pages.

Crozier M., *On ne change pas la société par décret*, Paris, Grasset, 1988, 298 pages

Freidson E., *La profession médicale*, Payot, Paris, 1984, 369 pages

Michèle saint-Jean, Nadia Peoc'h, Bruno Bastiani, *Accomagner le changement dans le champ de la santé*, Paris, Sciences du Soins, de Boeck estem, , 2015, 200 pages.

Sites internet

Comment élaborer et mettre en œuvre un protocole pluri-professionnel, HAS :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2033014/fr/comment-elaborer-et-mettre-en-oeuvre-des-protocoles-pluriprofessionnels, dernière mise à jour 02/2015

Dominique Grootaers , « Les apports de Henri Mintzberg, L'approche systémique pour mieux comprendre les organisations »,

http://www.legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=114 . mise à jour : 14 décembre 2005

Infirmière de pratiques avancée de quoi parle-t-on ?:

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/infirmier-de-pratique-avancee-de-quoi-parle-t-on.html>. mise à jour 28/02/2014

Insee, « projection populationnelle pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 »,

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089, mise à jour 21/5/2015

M.Tourraine, « CIRCULAIRE N° SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2014 »,

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/04/cir_38157.pdf, 24/03/2014.

Ministère des affaires sociales de la santé et du droit des femmes, Les SISA,

<http://www.sante.gouv.fr/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa.html> , mise à jour 22 août 2012.

Liste des annexes

Annexe 1 : Modèles type de protocole de coopération élaboré par la HAS

Annexe 2 : Protocole de coopération « intervention IDEL à domicile afin de diagnostiquer et d’initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé

Annexe 3 : Formation IDEL au protocole de coopération Fragilité

Annexe 4 : Outils diagnostics

Annexe 5 : Entretien semi-directif, rencontre avec IDEL délégués du PC fragilité.

Annexe 6 : Note sur les Nouveaux Modes de Rémunération

Annexe 7 : Modèle de différenciation des étapes du cheminement vers l’expertise (version tirée de Dreyfus et Benner)

Annexe 1 : Modèles type de protocole de coopération élaboré par la HAS

LE MODELE TYPE DE PROTOCOLE DE COOPERATION COMPREND DEUX PARTIES :

- FICHE PROJET**
- TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »**

Manon RAYNAL -

FICHE PROJET		
ITEMS	CONSEILS	ELEMENTS DE REPONSE
Intitulé du Protocole de coopération (PC)	L'intitulé est renseigné après avoir défini précisément le périmètre dérogatoire de la nouvelle prise en charge.	
Quel est le thème de la coopération entre professionnels de santé?		
Profession du délégant	La liste des professions de santé concernées par la coopération est consultable sur le site Internet de la HAS	
Quelle est la profession, et le cas échéant la spécialité, du délégant inscrite à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique ?	Lien professionnels de santé	
Profession du délégué	La liste des professions de santé concernées par la coopération est consultable sur le site Internet de la HAS	
Quelle est la profession du ou des délégué(s) inscrite à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique ?	Lien professionnels de santé	
Objectifs	L'intérêt du protocole est précisé pour l'ensemble des parties prenantes : patient, délégué, délégant.	
Quels sont les résultats attendus en termes de		

Manon RAYNAL -

- qualité de la prise en charge du patient ? (délai de prise en charge, file active, gains pour les patients, objectifs de santé publique...)
- réorganisation de la prise en charge ?
- optimisation de la dépense de santé ?

Actes dérogatoires

Quelles sont les décisions prises par le délégué, sans participation du délégant ?

Pour un examen clinique, s'agit-il par exemple de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de définir la conduite à tenir en fonction des résultats...?

Pour une consultation de suivi, s'agit-il, par exemple, d'en décider l'opportunité, de détecter et d'interpréter des signes cliniques, de décider des orientations du patient, de poser l'indication d'un examen à réaliser, de réaliser une prescription, d'adapter un traitement ou de le renouveler ?

Pour un acte technique, s'agit-il, par exemple, de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de décider de la conduite à tenir en fonction des résultats ?

Lieu de mise en œuvre

Dans quel lieu le protocole a-t-il vocation à être mis en œuvre ?

Quelles sont les caractéristiques de ce lieu qui conditionnent éventuellement sa mise en œuvre ?

Un acte peut comprendre plusieurs étapes dont certaines ne sont pas dérogatoires. Sa décomposition est importante pour préciser quelle est la dérogation proposée et organiser le protocole.

Lien exemples **PC_EXEMPLES_ACTES DEROGATOIRES**

Le bon déroulement d'un protocole peut dépendre de plusieurs facteurs liés à son lieu de mise en œuvre : la configuration des locaux (présence médicale sur place...), le matériel disponible (trousse d'urgences...) et, le cas échéant, leurs caractéristiques (échographe...).

Manon RAYNAL -

Il convient de les identifier.

	CONSEILS	ELEMENTS DE REPONSE
Références utilisées Quelles sont les références utilisées pour respecter les bonnes pratiques professionnelles adaptées à la prise en charge ?	<p>Il peut s'agir de références scientifiques (recommandations, avis d'experts..), réglementaires (télémédecine,...), organisationnelles (éducation thérapeutique...)...Une attention particulière doit être portée à l'adaptation de la prise en charge en fonction de l'actualisation de ces références</p> <p>Le délégué doit s'assurer de la prise en compte de références actualisées</p>	
Type de patients concernés Quelle sont les caractéristiques des patients concernés par le protocole? (typologie, nombre...)	<p>Pour un même acte / activité, le choix des critères d'inclusion ou d'exclusion peut avoir un impact sur les risques à prendre en compte et par conséquent, les mesures particulières à envisager pour sécuriser la prise en charge des patients.</p>	

Manon RAYNAL -

Quels sont les critères d'inclusion et d'exclusion ?

Lien exemples PC_EXEMPLES_CRITERES D'INCLUSION

Information des patients

Qui informe le patient en premier lieu de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération ? A quel moment de la prise en charge?

L'information est centrée sur l'aspect dérogatoire de l'acte(s) ou l'activité(s). L'information donnée au patient doit lui permettre de comprendre les modalités de la nouvelle prise en charge, les alternatives proposées en cas de refus et lui être délivrée de telle sorte qu'il puisse exercer son libre choix.

Comment est donnée l'information au patient ?

Une information écrite est-elle laissée au patient ? (si oui, joindre un modèle de cette information écrite)

Le document écrit d'information, permet de renforcer l'information orale. En aucun cas, l'information du patient ne peut se résumer par le fait de donner un formulaire écrit.

Quelles sont les solutions alternatives, proposées au patient, en cas de refus à la nouvelle prise en charge proposée ?

Qui recueille le consentement du patient?

Lien fiche Information des patients

Comment est-il tracé ?

Manon RAYNAL -

Formation des professionnels délégués

- Quelles sont les compétences à acquérir pour réaliser l'acte(s) ou l'activité(s) dérogatoire(s) ?

- Quels sont les objectifs pédagogiques au regard des compétences à acquérir et des risques à éviter ?

- Quel est le programme de formation théorique et pratique (méthodes / moyens pédagogiques, volume horaire) ?

- Quelles sont les modalités de la formation pratique ? (en une séquence, formation graduée...et dans ce cas, quels sont les modalités de passage d'une séquence à une autre ?)

Les formations méritent d'être élaborées avec les responsables des formations des professionnels concernés et validées, si possible, par des référents universitaires

Lien fiche Formation

Avant d'adhérer à un protocole, les professionnels délégués doivent participer à une formation spécifique correspondant aux actes ou activités dérogatoires. Par contre, il peut être décidé que les professionnels, pour participer à cette formation et, in fine, adhérer au protocole, doivent avoir une compétence particulière qui se traduit par exemple par une expérience professionnelle ou une formation.

Les professionnels prévoient les moyens de garantir le maintien des compétences du délégué une fois qu'il a

Manon RAYNAL -

- Qui valide la formation et comment ?	adhéré :
	- analyse de pratiques
- Quels sont les pré-requis, notamment en termes d'expérience professionnelle ou de diplômes ?	- suivi d'indicateurs et des alertes
	- formation continue
- Quelles sont les modalités prévues au maintien des compétences acquises ?	Il est demandé d'annexer au protocole, les documents relatifs à la formation du délégué : programme, grille d'évaluation
Intervention du délégant	Le mode de supervision de la pratique du délégué par le délégant peut prendre la forme de :
- Comment le délégant s'assure-t-il de la bonne réalisation par le délégué de l'acte ou de l'activité dérogatoire ?	- Une astreinte : le délégant doit être présent ou joignable en cas de besoin identifié par le délégué
	- Une supervision : le délégant est informé à des moments clés du processus
- Sur quels critères le délégué fait-il appel au délégant (ou à un médecin non délégant, en cas d'urgence) ?	- Une validation : le délégant contrôle de manière régulière, l'acte ou l'activité du délégué
	Les critères sur la base desquels le délégué fait appel au délégant doivent être précisés. Ces critères peuvent conduire à des interventions différentes en fonction de l'urgence, de la gravité ou des risques de chaque situation clinique identifiée. Dans tous les cas, il convient d'identifier, en lien avec l'analyse des risques, les situations qui nécessitent une intervention en
- Quelles sont, en fonction de ces critères, les modalités d'intervention du délégant ou d'un autre médecin en cas d'urgence ?	
- Quelles sont les modalités prévues pour maintenir la continuité des soins en cas d'absence programmée ou	

Manon RAYNAL -

non des professionnels concernés (délégué ou délégant) urgence ou systématique du délégant ou d'un autre médecin, en cas d'urgence. Ces critères peuvent être définis sous la forme d'arbres décisionnels, qui seront annexés au protocole.

Systeme d'information

Quelles sont les informations qui sont partagées pour organiser la prise en charge du patient ?

Qui partage ces informations et comment ?

Suivi du protocole

	Lien	fiche	Indicateurs
Sélectionnez les indicateurs génériques adaptés à votre démarche en fonction des objectifs poursuivis et remplir les fiches correspondantes	PC_INDICATEURS_CONSTRUCTION		et
	PC_INDICATEUR_GENERIQUES		
- Quels sont les critères (congé de maternité ...).ou résultats d'indicateurs à partir desquels l'arrêt du protocole de coopération doit être envisagé ?		Un certain nombre d'indicateurs sont génériques et adaptés à la démarche. La HAS préconise d'utiliser les indicateurs génériques proposés	
		D'autres indicateurs peuvent être élaborés si besoin en complément.	

Manon RAYNAL -

Retour d'expérience

Les évènements indésirables

Lien Procédure de gestion des évènements

- Quels sont les évènements indésirables qui font l'objet d'un recueil systématique et d'une analyse ?

indésirables

- Quelles sont les modalités de recueil et de signalement des évènements indésirables ?

- Comment cette analyse est-elle réalisée ?

- Comment les résultats de cette analyse sont-ils pris en compte ?

La qualité des soins

- Quelles sont les modalités permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins (fréquence, modalités, participants...) et adaptées aux risques liés aux actes/activités dérogatoires ?

Les professionnels prévoient d'analyser leurs pratiques vis à vis de la nouvelle prise en charge

- Comment est évaluée la qualité de la prise en charge (fréquence, modalités, participants...)?

Traçabilité et archivage

- Quels sont les documents qui permettent de suivre la

Manon RAYNAL -

mise en œuvre du protocole (procédures,,,))

- Comment sont-ils archivés ?

Processus de prise en charge

Complétez le **tableau « description du processus de prise en charge du patient »** du **modèle type** de protocole de coopération.

Joignez les protocoles cliniques et arbres décisionnels en lien avec le processus de prise en charge

Il s'agit de lister les étapes de la prise en charge incluant les actes dérogatoires.

Ces étapes seront détaillées dans le **tableau « description de la prise en charge du patient »** du **modèle type** afin d'identifier à chaque étape de prise en charge les risques possibles pour le patient.

Après avoir renseigné le tableau vous pourrez compléter la **fiche projet du modèle type** [Lien Document d'aide à la gestion des risques](#) dans les protocoles de coopération

le **tableau « description du processus de prise en charge du patient »** et la **fiche projet** du modèle type de protocole de coopération sont renseignés

TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »

1) Étapes de la prise en charge	2) Identification des risques	3) Causes associées	4) Solutions à mettre en place
<p>Décrivez précisément les étapes de la prise en charge concernées par le protocole de coopération</p>	<p>Quels sont les risques qui peuvent survenir à chacune de ces étapes ?</p> <p>Quelles peuvent en être les conséquences pour le patient</p>	<p>Quelles sont les causes de ces risques ?</p> <p><i>Différentes causes méritent d'être recherchées systématiquement :</i></p>	<p>Quelles solutions prévoyez-vous pour prévenir la survenue des risques identifiés et/ou les prendre en charge s'ils surviennent ?</p>

Manon RAYNAL -

(Qui fait quoi, où, quand et comment ?)

Intégrer les interfaces avec la prise en charge amont (ex : prise de rendez-vous par une secrétaire... orientation du patient par un médecin) et aval (ex : transmission des informations au médecin traitant ...)

Dans tous les cas, expliciter les critères sur lesquels le délégué fonde ses décisions et joindre, le cas échéant, les protocoles thérapeutiques ou les arbres de décision.

1

(événements indésirables) ?

- patient**
- tâches**
- professionnels**
- équipe**
- environnement**
- matériel, équipement**
- management**
- institutionnel**

Certains aspects du protocole nécessitent une attention particulière :

- Les modalités de continuité et de permanence des soins.**
- Les critères qui déclenchent l'intervention du délégué**
- Les modalités d'intervention du délégué**
- Les critères qui permettent d'identifier une situation d'urgence**
- La conduite à tenir en cas d'urgence.**
- Les événements indésirables à signaler systématiquement**
- Les critères provoquant l'arrêt du PC**
- Les solutions alternatives proposées en cas d'exclusion d'un patient du PC**

2

Etc

Annexe 2 : protocole de coopération « intervention IDEL à domicile afin de diagnostiquer et d’initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d’infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d’initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

LE MODELE TYPE DE PROTOCOLE DE COOPERATION COMPREND DEUX PARTIES :

- FICHE PROJET
- TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

FICHE PROJET		
ITEMS	CONSEILS	ELEMENTS DE REPONSE
<p>Intitulé du Protocole de coopération (PC)</p> <p>Quel est le thème de la coopération entre professionnels de santé ?</p>	<p>L'intitulé est renseigné après avoir défini précisément le périmètre dérogatoire de la nouvelle prise en charge.</p>	<p>Interventions d'une infirmière libérale à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé</p>
<p>Profession du délégant</p> <p>Quelle est la profession, et le cas échéant la spécialité, du délégant inscrite à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique ?</p>	<p>La liste des professions de santé concernées par la coopération est consultable sur le site Internet de la HAS Lien professionnels de santé</p>	<p>Médecin généraliste</p>
<p>Profession du délégué</p> <p>Quelle est la profession du ou des délégué(s) inscrite à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique ?</p>	<p>La liste des professions de santé concernées par la coopération est consultable sur le site Internet de la HAS Lien professionnels de santé</p>	<p>Infirmière libérale</p>
<p>Objectifs</p> <p>Quels sont les résultats attendus en termes de</p> <ul style="list-style-type: none"> - qualité de la prise en charge du patient ? (délai de prise en charge, file active, gains pour les patients, objectifs de santé publique...) - réorganisation de la prise en charge ? - optimisation de la dépense de santé ? 	<p>L'intérêt du protocole est précisé pour l'ensemble des parties prenantes : patient, délégué, délégant.</p>	<p>Patient : Le diagnostic et la prise en charge précoce du syndrome de fragilité peuvent permettre</p> <ul style="list-style-type: none"> - de prévenir ou de retarder l'entrée dans la dépendance - d'améliorer la qualité de vie - de favoriser le maintien à domicile - de limiter les hospitalisations - de rejoindre une trajectoire de vieillissement réussi <p>Déléguant (médecin généraliste) : cette démarche</p>

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d’infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d’initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

		<p>permet</p> <ul style="list-style-type: none"> - un gain de temps qui peut être mis à profit pour les autres patients qui le nécessitent - une appréciation objective des conditions de vie du patient (évaluation standardisée faite au domicile) <p>Déléguée (IDE) : cette démarche permet</p> <ul style="list-style-type: none"> - une meilleure implication dans la prise en charge du sujet âgé - une acquisition de compétences spécifiques dans l'évaluation du sujet âgé - une valorisation de la profession d'IDE
<p>Actes dérogatoires</p> <p>Quelles sont les décisions prises par le délégué, sans participation du délégant ? Pour un examen clinique, s'agit-il par exemple de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de définir la conduite à tenir en fonction des résultats... ?</p> <p>Pour une consultation de suivi, s'agit-il, par exemple, d'en décider l'opportunité, de détecter et d'interpréter des signes cliniques, de décider des orientations du patient, de poser l'indication d'un examen à réaliser, de réaliser une prescription, d'adapter un traitement ou de le renouveler ?</p>	<p>Un acte peut comprendre plusieurs étapes dont certaines ne sont pas dérogatoires. Sa décomposition est importante pour préciser quelle est la dérogation proposée et organiser le protocole.</p> <p>Lien exemples PC_EXEMPLES_ACTES DEROGATOIRES</p>	<p>Etape 1 : Démarche d'évaluation du syndrome de fragilité par l'IDE :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ réalisation d'une évaluation gériatrique de premier recours en utilisant des outils validés et standardisés, selon la fiche HAS sur l'évaluation gériatrique de première ligne (cf. annexes). <p>Cette évaluation comprend également la réévaluation des comorbidités connues.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ A l'issue de l'évaluation, l'IDE établit une synthèse sous la forme des situations à problème identifiées. <p>Sur la base de l'interprétation de cette synthèse, elle prend la décision :</p> <ul style="list-style-type: none"> ► soit de référer immédiatement la personne au médecin traitant dans les 2 cas suivants :

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

<p>Pour un acte technique, s'agit-il, par exemple, de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de décider de la conduite à tenir en fonction des résultats ?</p>		<ul style="list-style-type: none">- détection de signaux d'alerte (cf. plus bas)- synthèse faisant apparaître des anomalies inexpliquées ou multiples indiquant la réalisation d'une évaluation gériatrique spécialisée <p>► soit d'initier la prise en charge, qui sera validée avec le médecin au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) organisée dans le mois à venir.</p> <p>Etape 2 : Initiation de la prise en charge du syndrome de fragilité</p> <p>L'IDE explique à la personne et à son entourage l'intérêt et les enjeux de cette prise en charge. Elle établit des priorités en fonction des problèmes identifiés et de l'avis de la personne.</p> <p>Elle initie les interventions selon le référentiel produit par la HAS pour la prise en charge des patients âgés fragiles.</p> <p>Si une vulnérabilité sociale est suspectée elle prend contact avec une assistante sociale pour lui communiquer les résultats de son évaluation et initier le bilan social en vue de l'obtention des prestations envisagées : aménagement de l'habitat, téléassistance... dans ce cadre elle peut être amenée à pré-remplir le certificat médical nécessaire à la grille AGGIR (dérogatoire)</p> <p>Elle peut également demander l'avis d'une</p>
--	--	---

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

		<p>diététicienne, d'un kinésithérapeute ou d'un dentiste (dérogatoire).</p> <p>Aucun examen biologique n'est recommandé, en dehors d'une prescription par le médecin traitant motivée par une pathologie associée.</p> <p>Pendant cette période l'IDE peut réaliser une visite à domicile et/ou un ou plusieurs contacts téléphoniques.</p> <p>Etape 3: formalisation d'un plan personnalisé de soins, d'aides et de suivi à présenter en RCP. Les participants à la RCP sont au minimum les médecins et les infirmières apportant des soins aux patients présentés. Il est souhaitable qu'elle soit élargie aux autres acteurs médicaux et sociaux concernés.</p> <p>La prise en charge est poursuivie selon les conclusions de la RCP</p>
<p>Lieu de mise en œuvre</p> <p>Dans quel lieu le protocole a-t-il vocation à être mis en œuvre ?</p> <p>Quelles sont les caractéristiques de ce lieu qui conditionnent éventuellement sa mise en œuvre ?</p>	<p>Le bon déroulement d'un protocole peut dépendre de plusieurs facteurs liés à son lieu de mise en œuvre : la configuration des locaux (présence médicale sur place...), le matériel disponible (trousse d'urgences...) et, le cas échéant, leurs caractéristiques (échographe...). Il convient de les identifier.</p>	<p>Le protocole est mis en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - au domicile des patients - dans tous les lieux répondant aux normes en vigueur pour pratiquer une activité de soins : cabinet médical ou paramédical, centre de santé, MSP, PSP.

	CONSEILS	ELEMENTS DE REPONSE
--	----------	---------------------

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d’infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d’initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

<p>Références utilisées</p> <p>Quelles sont les références utilisées pour respecter les bonnes pratiques professionnelles adaptées à la prise en charge ?</p>	<p>Il peut s’agir de références scientifiques (recommandations, avis d’experts...), réglementaires (télémédecine,...), organisationnelles (éducation thérapeutique...)...Une attention particulière doit être portée à l’adaptation de la prise en charge en fonction de l’actualisation de ces références</p> <p>Le délégué doit s’assurer de la prise en compte de références actualisées</p>	<p>HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Fiche points clé et solutions, mai 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite_vf.pdf</p> <p>HAS. Evaluation et prise en charge des personnes âgées fragiles. Fiche points clé et solutions, en cours, prévue octobre 2013.</p> <p>HAS. Plan Personnalisé de Santé (PPS) pour les personnes âgées à risque de dépendance. Septembre 2013.</p> <p>HAS 2009. Recommandations professionnelles. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_940645/chutes-repetees-des-personnes-agees-recommandations-pour-la-prise-en-charge?xtmc=&xtcr=5</p> <p>HAS 2007 Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/en/malnutrition-in-the-elderly-nutritional-support-strategy</p> <p>HAS 2005. Masso-kinésithérapie pour la conservation des capacités motrices des personnes âgées à domicile. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche</p>
--	---	--

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

		<p>_de_synth_350se.pdf</p> <p>INPES 2005. La prévention des chutes des personnes âgées vivant à domicile. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf</p> <p>INPES 2006. Le guide de la nutrition à partir de 55 ans. http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/932.pdf</p> <p>Mobiquial outil nutrition / dénutrition / alimentation 2011 http://www.mobiquial.org/wp-content/uploads/2011/09/5-DEPRESSION.pdf</p> <p>Mobiquial outil dépression domicile 2013 http://www.mobiquial.org/outils/nutrition/</p>
<p>Type de patients concernés</p> <p>Quelle sont les caractéristiques des patients concernés par le protocole? (typologie, nombre...)</p> <p>Quels sont les critères d'inclusion et d'exclusion ?</p>	<p>Pour un même acte / activité, le choix des critères d'inclusion ou d'exclusion peut avoir un impact sur les risques à prendre en compte et par conséquent, les mesures particulières à envisager pour sécuriser la prise en charge des patients.</p> <p>Lien exemples PC_EXEMPLES_CRITERES D'INCLUSION</p>	<p>Critères d'inclusion : Sujet âgé de plus de 75 ans, vivant à domicile, chez qui est repéré un syndrome de fragilité selon la méthode préconisée par la HAS.</p> <p>Critères d'exclusion : patient dépendant pour la réalisation d'un ou plusieurs ADL, altération cognitive sévère, patient sous mesure de protection juridique.</p>
<p>Information des patients</p> <p>Qui informe le patient en premier lieu de sa</p>	<p>L'information est centrée sur l'aspect dérogatoire de</p>	<p>Lorsque la possibilité d'un syndrome de fragilité est repérée par le médecin traitant (de lui-même, suite à une plainte du patient ou d'une information</p>

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

<p>prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération ? A quel moment de la prise en charge ?</p> <p>Comment est donnée l'information au patient ? Une information écrite est-elle laissée au patient ? (si oui, joindre un modèle de cette information écrite)</p> <p>Quelles sont les solutions alternatives, proposées au patient, en cas de refus à la nouvelle prise en charge proposée ?</p> <p>Qui recueille le consentement du patient ?</p> <p>Comment est-il tracé ?</p>	<p>l'acte(s) ou l'activité(s). L'information donnée au patient doit lui permettre de comprendre les modalités de la nouvelle prise en charge, les alternatives proposées en cas de refus et lui être délivrée de telle sorte qu'il puisse exercer son libre choix.</p> <p>Le document écrit d'information, permet de renforcer l'information orale. En aucun cas, l'information du patient ne peut se résumer par le fait de donner un formulaire écrit.</p> <p>Lien fiche Information des patients</p>	<p>rapportée par l'entourage), il propose à son patient de participer au protocole de coopération. Le médecin traitant remet alors au patient la « notice d'information » ainsi que la « fiche de recueil de consentement » (cf. en annexe « fiche information », « recueil de consentement »). Après acceptation de cette démarche par le patient, le médecin récupère le consentement signé qui est archivé dans le dossier patient. Le patient est contacté par la suite par l'IDE qui participe au protocole pour fixer un rendez-vous à domicile pour la réalisation de l'évaluation.</p> <p>Si le patient refuse de participer au protocole, il poursuit son suivi habituel avec son médecin traitant qui réalise son évaluation selon les modalités avec les concours qu'il juge nécessaires.</p>
<p>Formation des professionnels délégués</p> <p>- Quelles sont les compétences à acquérir pour réaliser l'acte(s) ou l'activité(s) dérogatoire(s) ?</p> <p>- Quels sont les objectifs pédagogiques au regard des compétences à acquérir et des risques à éviter ?</p> <p>- Quel est le programme de formation théorique</p>	<p>Les formations méritent d'être élaborées avec les responsables des formations des professionnels concernés et validées, si possible, par des référents universitaires</p> <p>Lien fiche Formation</p> <p>Avant d'adhérer à un protocole, les professionnels délégués doivent participer à une formation spécifique correspondant aux actes ou activités</p>	<p>Objectifs de la formation : être capable</p> <ul style="list-style-type: none"> - de réviser les comorbidités diagnostiquées - de réaliser et d'interpréter une évaluation gériatrique globale selon le référentiel de la HAS cité en référence, - de rechercher et d'identifier les situations et signes d'alerte nécessitant une référence au médecin traitant. - d'initier des interventions de prise en charge des personnes âgées fragiles, - de formaliser un projet de soins et de suivi

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d’infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d’initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

<p>et pratique (méthodes / moyens pédagogiques, volume horaire) ?</p> <p>- Quelles sont les modalités de la formation pratique ? (en une séquence, formation graduée...et dans ce cas, quels sont les modalités de passage d’une séquence à une autre ?)</p> <p>- Qui valide la formation et comment ?</p> <p>- Quels sont les pré-requis, notamment en termes d’expérience professionnelle ou de diplômes ?</p> <p>- Quelles sont les modalités prévues au maintien des compétences acquises ?</p>	<p>dérogatoires. Par contre, il peut être décidé que les professionnels, pour participer à cette formation et, in fine, adhérer au protocole, doivent avoir une compétence particulière qui se traduit par exemple par une expérience professionnelle ou une formation.</p> <p>Les professionnels prévoient les moyens de garantir le maintien des compétences du délégué une fois qu’il a adhéré :</p> <ul style="list-style-type: none"> - analyse de pratiques - suivi d’indicateurs et des alertes - formation continue <p>Il est demandé d’annexer au protocole, les documents relatifs à la formation du délégué : programme, grille d’évaluation</p>	<p>personnalisé pour les personnes âgées fragiles,</p> <p>Formation théorique et pratique (50 heures): Un contenu type développé par le Gérontopôle de Toulouse est cité en annexe à titre d’exemple. → 2 Modules de 2 jours : 3 jours de cours magistraux (+ateliers pratiques pour l’appropriation des outils) + 1 jour d’atelier transversal (formation présentielle). Selon les cas, une partie de la formation magistrale peut être adaptée pour qu’elle soit disponible à distance. → Une journée de formation pratique avec supervision de la déléguée en conditions réelles d’exercice → Un module de 1 jour à distance (entre 2 et 4 mois) : pour ce module, il y a possibilité d’une formation présentielle ou à distance. → Un module d’1 jour à 12 mois pour réévaluation des acquis et partage d’expérience.</p> <p>La formation peut être déclinée dans le cadre du DPC.</p> <p>Validation par le responsable de la formation des compétences acquises</p> <p>Pré requis en termes d’expérience professionnelle : 36 mois d’activité en libéral</p> <p>Activité minimale nécessaire au maintien des compétences acquises : au minimum 3 personnes</p>
--	---	---

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

		âgés fragiles par mois par IDE, en moyenne annuelle.
<p>Intervention du déléguant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment le déléguant s'assure-t-il de la bonne réalisation par le délégué de l'acte ou de l'activité dérogatoire ? - Sur quels critères le délégué fait-il appel au déléguant (ou à un médecin non déléguant, en cas d'urgence) ? - Quelles sont, en fonction de ces critères, les modalités d'intervention du déléguant ou d'un autre médecin en cas d'urgence ? - Quelles sont les modalités prévues pour maintenir la continuité des soins en cas d'absence programmée ou non des professionnels concernés (délégué ou déléguant) ? 	<p>Le mode de supervision de la pratique du délégué par le déléguant peut prendre la forme de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une astreinte : le déléguant doit être présent ou joignable en cas de besoin identifié par le délégué - Une supervision : le déléguant est informé à des moments clés du processus - Une validation : le déléguant contrôle de manière régulière, l'acte ou l'activité du délégué <p>Les critères sur la base desquels le délégué fait appel au déléguant doivent être précisés. Ces critères peuvent conduire à des interventions différentes en fonction de l'urgence, de la gravité ou des risques de chaque situation clinique identifiée. Dans tous les cas, il convient d'identifier, en lien avec l'analyse des risques, les situations qui nécessitent une intervention en urgence ou systématique du déléguant ou d'un autre médecin, en cas d'urgence. Ces critères peuvent être définis sous la forme d'arbres décisionnels, qui seront annexés au protocole.</p>	<p>Réunion de concertation pluri disciplinaires (RCP) au minimum tous les mois; tous les dossiers des patients vus par l'IDE sont analysés, discutés et validés avec le médecin traitant et les autres participants.</p> <p>L'IDE peut toujours contacter le médecin traitant (par téléphone portable ou à son secrétariat).</p> <p>La présence des " signaux d'alerte » est une obligation pour l'IDE de contacter le médecin traitant. Ces alertes font automatiquement sortir le patient du protocole.</p> <p>Signaux d'alerte nécessitant un contact immédiat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - altération sévère de l'état général, - syndrome confusionnel, - pathologie somatique en décompensation aiguë, - démence avérée, - risque suicidaire, - suspicion de maltraitance ; <p>Si le médecin ne peut être joint ou n'est pas disponible, l'infirmier en accord avec le patient contacte les services de régulation des urgences.</p> <p>Signaux nécessitant un contact dans un délai <72h</p> <ul style="list-style-type: none"> - risque de chute sans possibilité de gestion à domicile.

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

		<ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids >10 % en 1 mois ou >15 % en 6 mois - domicile insalubre, incurie, - suspicion de dépression par le mini-GDS, - mauvaise observance liée à des effets secondaires (tolérance) d'un traitement
<p>Système d'information Quelles sont les informations qui sont partagées pour organiser la prise en charge du patient ?</p> <p>Qui partage ces informations et comment ?</p>		<p>Recueil standardisé des données inscription dans le dossier du patient de façon traçable (synthèse de l'évaluation, CR de la RCP et PPS)</p> <p>Les données sont partagées entre délégant et délégué au niveau du logiciel métier où le dossier médical du patient est situé. L'infirmière a accès à ce dossier soit au cabinet du médecin, soit en utilisant un dossier patient partagé informatisé s'il est déployé au sein de la structure de soins.</p> <p>Fiche indicateur</p>
<p>Suivi du protocole</p> <p>Sélectionnez les indicateurs génériques adaptés à votre démarche en fonction des objectifs poursuivis et remplir les fiches correspondantes</p> <p>- Quels sont les critères (congé de maternité ...).ou résultats d'indicateurs à partir desquels l'arrêt du protocole de coopération doit être</p>	<p>Lien fiche Indicateurs PC_INDICATEURS_CONSTRUCTION et PC_INDICATEUR_GENERIQUES</p> <p>Un certain nombre d'indicateurs sont génériques et adaptés à la démarche. La HAS préconise d'utiliser les indicateurs génériques proposés</p>	<p>Les indicateurs génériques adaptés au protocole sont détaillés en annexe</p> <p>Critères d'arrêt du Protocole : Nombre d'évènements indésirables graves > 2 Nombre de patients inclus < 3 par mois.</p> <p>En cas d'arrêt du protocole de coopération les patients continueront le suivi habituel avec leur médecin traitant.</p>

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d’infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d’initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

envisagé ?	D’autres indicateurs peuvent être élaborés si besoin en complément.	
<p>Retour d’expérience</p> <p>Les évènements indésirables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les évènements indésirables qui font l’objet d’un recueil systématique et d’une analyse ? - Quelles sont les modalités de recueil et de signalement des évènements indésirables ? - Comment cette analyse est-elle réalisée ? - Comment les résultats de cette analyse sont-ils pris en compte ? <p>La qualité des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les modalités permettant d’améliorer la qualité et la sécurité des soins (fréquence, modalités, participants…) et adaptées aux risques liés aux actes/activités dérogatoires ? - Comment est évaluée la qualité de la prise en charge (fréquence, modalités, participants…)? 	<p>Lien Procédure de gestion des évènements indésirables</p> <p>Les professionnels prévoient d’analyser leurs pratiques vis à vis de la nouvelle prise en charge</p>	<p>Les évènements indésirables qui font l’objet d’un recueil sont</p> <ul style="list-style-type: none"> - le diagnostic par excès d’un syndrome de fragilité par la déléguée - l’absence de diagnostic d’un syndrome de fragilité - tout évènement de santé en rapport avec la non identification d’un signal d’alerte par le délégué - tout évènement de santé induit par une intervention initiée par le délégué <p>Seuls les deux derniers types d’évènements indésirables peuvent être considérés comme graves.</p> <p>Les RCP permettent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de confirmer ou d’infirmier le diagnostic et le plan de soins proposés par l’IDE. En cas de désaccord, le médecin traitant revérifie l’état de santé du patient lors d’une consultation dédiée. Le devenir des patients ayant fait l’objet d’un « signalement d’alerte », même s’ils sont sortis du protocole, doit être enregistré, afin de vérifier le bon fonctionnement de la procédure. - de documenter les indicateurs de suivi <p>Le suivi du patient par son médecin traitant (de manière habituelle) est l’occasion de dépister la survenue d’évènements indésirables et de vérifier</p>

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

<p>Traçabilité et archivage</p> <p>- Quels sont les documents qui permettent de suivre la mise en œuvre du protocole (procédures,...)</p> <p>- Comment sont-ils archivés ?</p>		<p>la bonne marche du protocole de coopération.</p> <p>- Traçabilité et archivage dans le dossier patient tenu par le professionnel, si possible informatisé, de la synthèse de l'évaluation, des conclusions de la RCP et du projet de soins (PPS),</p> <p>- Archivage des consentements originaux au cabinet du médecin dans le dossier du patient</p>
<p>Processus de prise en charge</p> <p>Complétez le tableau « description du processus de prise en charge du patient » du modèle type de protocole de coopération.</p> <p>Joignez les protocoles cliniques et arbres décisionnels en lien avec le processus de prise en charge</p>	<p>Il s'agit de lister les étapes de la prise en charge incluant les actes dérogatoires.</p> <p>Ces étapes seront détaillées dans le tableau « description de la prise en charge du patient » du modèle type afin d'identifier à chaque étape de prise en charge les risques possibles pour le patient.</p> <p>Après avoir renseigné le tableau vous pourrez compléter la fiche projet du modèle type Lien Document d'aide à la gestion des risques dans les protocoles de coopération</p>	<p>Cf. le tableau « description du processus de prise en charge du patient » et la fiche projet du modèle type de protocole de coopération.</p>

TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »			
1) Étapes de la prise en charge	2) Identification des risques	3) Causes associées	4) Solutions à mettre en place
<p>Décrivez précisément les étapes de la prise en charge concernées par le protocole de coopération</p> <p>(Qui fait quoi, où, quand et</p>	<p>Quels sont les risques qui peuvent survenir à chacune de ces étapes ?</p> <p>Quelles peuvent en être les conséquences pour le patient (événements indésirables) ?</p>	<p>Quelles sont les causes de ces risques ?</p> <p>Différentes causes méritent d'être recherchées systématiquement :</p> <p>-patient</p>	<p>Quelles solutions prévoyez-vous pour prévenir la survenue des risques identifiés et/ou les prendre en charge s'ils surviennent ?</p> <p>Certains aspects du protocole nécessitent une attention particulière :</p>

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d’infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d’initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

<p><i>comment ?)</i></p> <p><i>Intégrer les interfaces avec la prise en charge amont (ex : prise de rendez-vous par une secrétaire... orientation du patient par un médecin) et aval (ex : transmission des informations au médecin traitant ...)</i></p> <p><i>Dans tous les cas, expliciter les critères sur lesquels le délégant fonde ses décisions et joindre, le cas échéant, les protocoles thérapeutiques ou les arbres de décision.</i></p>		<p><i>-tâches</i></p> <p><i>-professionnels</i></p> <p><i>-équipe</i></p> <p><i>-environnement</i></p> <p><i>-matériel, équipement</i></p> <p><i>-management</i></p> <p><i>-institutionnel</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les modalités de continuité et de permanence des soins.</i> • <i>Les critères qui déclenchent l'intervention du délégant</i> • <i>Les modalités d'intervention du délégant</i> • <i>Les critères qui permettent d'identifier une situation d'urgence</i> • <i>La conduite à tenir en cas d'urgence.</i> • <i>Les événements indésirables à signaler systématiquement</i> • <i>Les critères provoquant l'arrêt du PC</i> • <i>Les solutions alternatives proposées en cas d'exclusion d'un patient du PC</i>
<p>1- Suspicion d'un syndrome de fragilité chez un sujet de plus de 75 ans : impression subjective du médecin lors d'une consultation classique, plainte du patient, signalement de symptômes évocateurs de la part de l'entourage). Dans ce cas → proposition au patient du protocole (explications claires et intelligibles sur les objectifs et les modalités) et recueil du consentement.</p>	<p>Sans objet</p>	<p>Sans objet</p>	<p>Sans objet</p>

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d’infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d’initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

<p>Transmission des coordonnées du patient à l’IDE qui prendra RDV avec le patient à son domicile.</p>			
<p>2- Evaluation du patient par l’IDE à son domicile. A l’issue de cette évaluation 3 situations sont possibles :</p> <p>A- Présence d’anomalies multiples ou inexpliquées ou de signaux d’alerte : l’IDE contacte immédiatement le médecin, et dans ce cas le patient sort du protocole</p> <p>B- Dans les autres cas, l’IDE initie la prise en charge selon l’orientation étiologique retenue et propose un suivi.</p> <p>C- Absence de syndrome de fragilité : présentation en RCP et suivi habituel par le médecin</p>	<p>A- Diagnostic des signaux d’alerte par excès ou par défaut</p> <p>B- Diagnostic par excès du syndrome de fragilité ; orientation étiologique erronée et par conséquent prise en charge non totalement adéquate</p> <p>C- Diagnostic du syndrome de fragilité par défaut : fragilité non reconnue</p>	<p>A- signaux d’alerte</p> <ul style="list-style-type: none"> - par excès : orientation à tort vers le médecin (pas de conséquence fâcheuse pour le patient) ; - par défaut : prise en charge retardée de la situation aigue <p>B- le diagnostic par excès n’a pas de conséquence significative sur l’état de santé du patient. Si l’orientation étiologique est erronée, les conséquences immédiates sur la santé du patient sont peu significatives dans la mesure où le plan personnalisé de soin est bâti en général sur une intervention complexe (avec renforcement d’un axe en particulier selon le tableau clinique).</p> <p>C- Erreur de diagnostic. Prise en charge retardée du syndrome de fragilité.</p>	<p>A- par excès : le médecin rétablit la situation ; par défaut : rétablissement du diagnostic par la RCP. Les visites de suivi programmées par l’IDE dans le cadre du plan de soin sont aussi autant d’occasions de réévaluation. L’analyse rétrospective de ces cas lors de la RCP est un mode d’évaluation interne.</p> <p>B- La RCP permet de redresser les diagnostics du syndrome de fragilité par excès. Ces mêmes RCP permettent aussi de valider le plan de soin et de suivi personnalisé proposé.</p> <p>C- La RCP permet de redresser le diagnostic en moins d’un mois. Dans tous les cas, le patient garde son suivi</p>

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Modèle type de protocole de coopération : Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées

			habituel avec son médecin.
3- Réunion de concertation pluridisciplinaire au maximum dans les 2 mois suivant la visite de l'IDE (avec le médecin traitant et l'IDE qui a pratiqué l'évaluation)	Absence d'analyse critique du dossier Absence de compte rendu	Soit par ce que la RCP n'a pas eu lieu ou alors le dossier n'a pas été analysé ou tracé.	Inscription des coordonnées du patient inclus dans le protocole sur le planning des RCP par la secrétaire du médecin (ou le médecin lui-même) dès l'obtention du consentement. Suivi et vérification mensuels de ce planning de RDV par le médecin.
4- Conclusion à l'issue de la RCP, plusieurs possibilités: A- diagnostic et suivi approuvés B- désaccord entre le médecin et l'IDE C- situation complexe nécessitant un complément d'investigation : orientation vers le médecin généraliste qui décide éventuellement d'un avis spécialisé	A- erreur dans l'approbation du syndrome de fragilité et/ou de l'orientation et de la prise en charge étiologique B- idem C- consultation avec le médecin en excès	A- risque peu significatif pour le patient en cas de diagnostic en excès ou par défaut. En cas de prise en charge pas totalement adapté, le risque est minime (cf supra). B- Idem C- Pas de risque	A- dans tous les cas, le suivi habituel du médecin traitant permettra de redresser le diagnostic B- une évaluation gériatrique spécialisée est demandée C- sans objet
5- Plan de soin et de suivi personnalisé réalisé par l'IDE au domicile	Plan de soins et suivi non conforme à la fragilité : Intervention par excès ou par défaut	Si intervention par excès : peu de conséquences pour l'état de santé (exemple : recommandations nutritionnel ou d'activité physique, prescription de diététicienne ou kinésithérapie...) Si par défaut : retarde prise en charge du syndrome de fragilité	Par excès : possibilité de redresser le plan par le biais de la prise en charge pluri professionnelle (en tenant compte des avis des autres professionnels) + RCP Par défaut : RCP

Annexe 3 : Formation IDEL au protocole de coopération Fragilité



Formation Protocole Coopération IDE / Fragilité

Compétences attendues

Etablir un **diagnostic de syndrome de fragilité** à partir d'une analyse des résultats d'outils d'évaluation standardisés et validés

Elaborer un plan personnalisé de soins et de prévention opérationnel en recherchant le consentement éclairé de la personne et de son entourage

Initier et accompagner la mise en œuvre du plan après sa **validation** par le médecin traitant dans un contexte de pluri-professionnalité et une approche parcours de santé

Manon RAYNAL -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

PLANNING FORMATION mise à jour au 5/06/14

	J1 JEUDI 18/09/14	J2 VENDREDI 19/09/14	J3 JEUDI 16/10/14	J4 VENDREDI 17/10/14
	MODULE 1 Salle Bibliothèque La Grave		MODULE 2 Salle de Bibliothèque la Grave	
9h /9H30	Trajectoire de vieillissement Pr Vellas	Fonctions Cognitives Epidémio- Nosographie: Dr Delrieu	Mobilité Epidémio- Nosographie Outils évaluation Cas pratiques Dr Voisin Dr Lafont Kinésithérapeute :	Cas pratiques transversaux Dr Toulza Dr Hein Dr Villars Dr Abellan Dr Bismuth
9H30/10H30	Syndrome de fragilité Dr Sourdet	Outils évaluation : Dr Nourashémi et Psychologue		
10H30/11H30	Contenu de l'EGS Dr Sourdet			
11h30/13H	Nutrition et vieillissement Dr Ghisolfi	Cas pratiques Dr Delrieu Fin à 13h	Fin à 13h	
14h / 16h30	Outils évaluation statut nutritionnel Cas pratiques Dr Ghisolfi Diététicienne : Me Soriano	Contexte neuro-sensoriel Dr Sourdet Fin à 17h	Environnement social Pr Nourashémi Assistante sociale : Me Auriol Fin à 17h	Cas pratiques transversaux (suite)
16h30/17h	Le médecin généraliste et la PA Pr Oustric			
17h/17h30	Synthèse J1 EGS et Raisonnement IDE Me Pedra	Synthèse J2 EGS et Raisonnement IDE Me Pedra	Synthèse J3 EGS et Raisonnement IDE Me Pedra	Synthèse J4 Plan personnalisé de soins et de prévention Me Pedra
				
	J5 - STAGE 1 JOUR SUR HJ FRAGILITES entre le 20/10 et le 14/11/14			
	J6 – A 12 MOIS : ANALYSE DES PRATIQUES par			

PEDRA

Manon RAYNAL -

Annexe 4 : Outils diagnostics

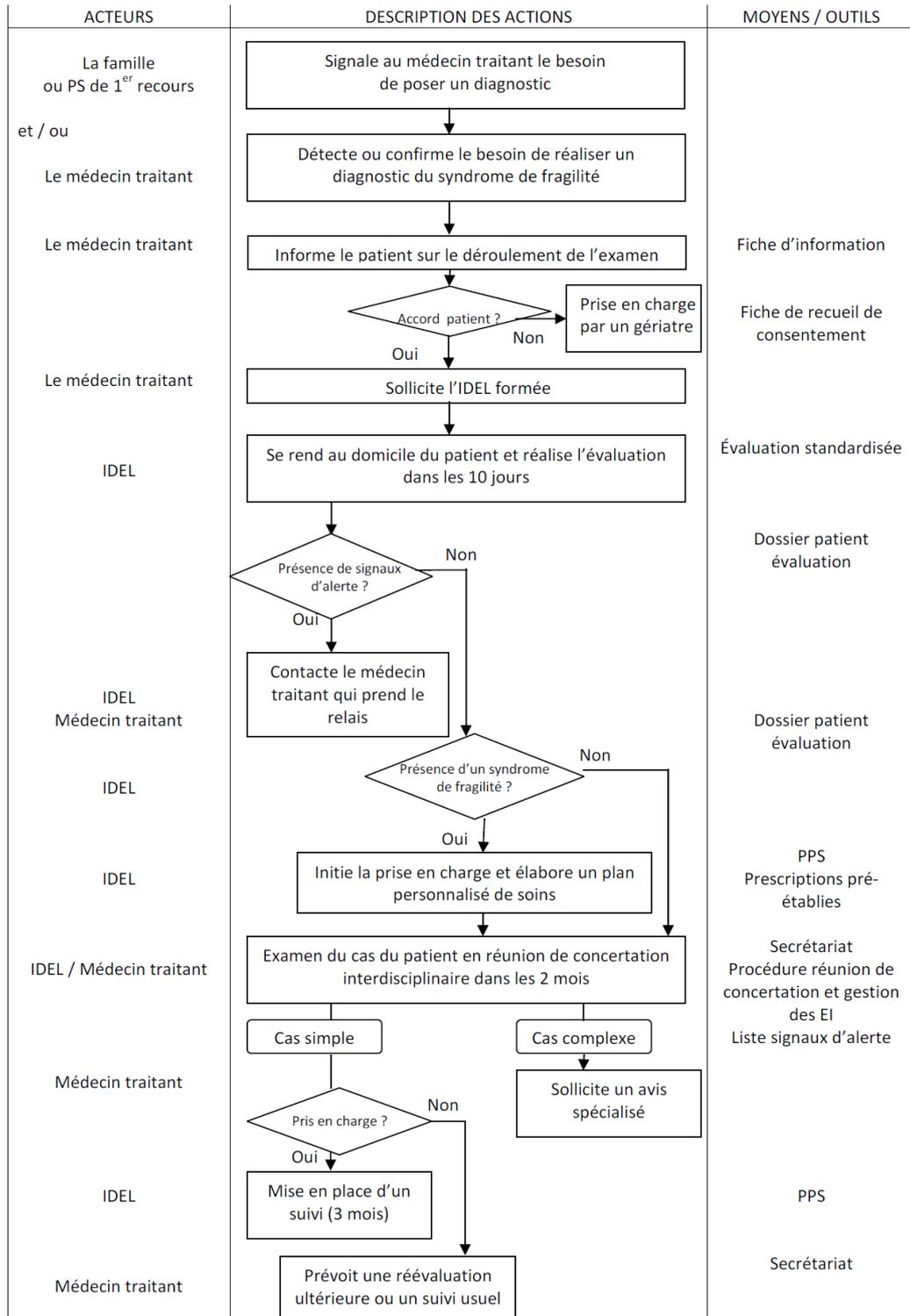
Coopération entre professionnels de santé

Interventions d'infirmiers(es) libéraux (ales) à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé

Consignes générales

- Certaines données socio- démographiques peuvent être pré-renseignées avant la visite IDE
- L'IDE décide de l'ordre de passation des tests en fonction de la situation
- Matériel spécifique nécessaire : Chronomètre et Mètre Ruban

**DIAGNOSTIC ET INITIATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA FRAGILITE DU SUJET AGE
PAR UN INFIRMIER AU DOMICILE DU PATIENT**



Version 10 // 20/02/2013

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

Fiche de détection ou de confirmation par le médecin traitant du besoin de réaliser un diagnostic

du syndrome de fragilité

Identité patient

Nom : _____ Prénom : _____
Nom de jeune fille : _____
N° téléphone : _____
Adresse : _____
Adresse mail : _____

Éléments repérage fragilité

signalés par

(précisez: nom , fonction et/ou lien de parenté)

	Oui	Non
Vit seul		
A perdu du poids au cours des 3 derniers mois		
Se sent plus fatigué depuis ces 3 derniers mois		
A plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois		
Se plaint de la mémoire		

Votre patient vous parait fragile : Oui Non

Y-a t-il eu des modifications de sa situation à domicile dans les 3 derniers mois ?	OUI	NON
signalés par		
(précisez: nom , fonction et/ou lien de parenté)		
Si oui , précisez lesquelles		

	Oui	Non
--	-----	-----

Fiche Information sur le déroulement du protocole remise au patient		
Fiche de recueil de consentement signée par le patient		

Date de la demande - Nom et Signature du Médecin

Date de la visite – Nom et signature de l'IDE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Nom

Prénom

Adresse

Le docteur «..... » m'a proposé de participer au protocole intitulé « Diagnostic et initiation de la prise en charge de la fragilité du sujet âgé de plus de 75 ans vivant à domicile ».

Il m'a clairement expliqué le protocole, m'indiquant que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à celui-ci.

Par ailleurs, afin d'éclairer ma décision, il m'a remis une notice d'information précisant les modalités de déroulement de ce protocole.

Manon RAYNAL -

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

Ma participation est totalement volontaire et je peux si je le désire interrompre ma participation à ce protocole à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés.

J'accepte de participer à ce protocole de coopération « dépistage et prise en charge de la fragilité du sujet âgé de plus de 75 ans vivant à domicile ».

Le

Signature

NOTICE D'INFORMATION
PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Madame, Monsieur,

Sur le conseil de votre médecin traitant il vous est proposé de participer à un protocole de soins. L'objectif de ce protocole est repérer chez vous d'éventuels signes d'une fragilité et de vous aider à y remédier.

La fragilité n'est pas une maladie. Il s'agit d'un état de santé qui, si il est présent, peut vous exposer progressivement à la perte de votre autonomie. Or, cet état de fragilité peut bénéficier d'une prise en charge adaptée pour éviter l'apparition de la dépendance.

Le dépistage de cette éventuelle fragilité repose sur la réalisation de quelques tests simples. Ces tests sont normalement réalisés par un médecin. Il s'agit dans ce cadre de coopération professionnelle de faire réaliser ces tests par une infirmière qui a été spécialement formée pour cela.

Cette évaluation (fonctions cognitives, évaluation nutritionnelle, capacités fonctionnelles,...) sera réalisée à votre domicile et durera environ 1 heure.

Un compte rendu détaillé sera adressé à votre médecin traitant et le cas échéant, en accord avec lui, un bilan vous sera prescrit par l'infirmière, associé à des conseils ou des modalités de prise en charge pour vous permettre de maintenir votre autonomie.

Vous pouvez bien sûr à tout moment demander des informations concernant ce protocole auprès de votre médecin traitant.

Cette démarche ne modifie en rien votre suivi habituel par votre médecin traitant.

Manon RAYNAL -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Sexe : masculin féminin

Niveau d'étude : pas de scolarité
 primaire
 secondaire (collège)
 secondaire (lycée)
 supérieur
Diplôme le plus élevé obtenu : _____

Profession exercée : oui non
si oui, précisez laquelle :
précisez l'âge d'arrêt d'activité :
si non, précisez la profession du conjoint (si applicable) :

MODE DE VIE

Statut familial : veuf (ve) marié(e) célibataire divorcé(e)
 Enfants : ... Petits-enfants : ... Arrières petits-enfants : ...

Lieu d'habitation : domicile (habitation individuelle)
 domicile (habitation collective)
 foyer logement *si oui, date d'entrée :* |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Mode d'habitation : seul(e)
 avec conjoint (*précisez année de naissance* __|__|__|__|)
 avec famille
 autres, *précisez :* _____

Personne ressource identifiée (A qui je fais appel en cas de problème ?) oui non ne sait pas

si oui, précisez : Année de naissance : |__|__|__|__| Sexe : masculin féminin

Statut : frère et/ou sœur voisin
 enfants petits-enfants autres, *précisez :* _____

Aides à domicile existantes : oui non *Si oui, précisez :*

	Oui	Non	Si oui, périodicité
Aide-ménagère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nb heures / sem : __ __ , __
IDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nb passages / sem : __ __ , __
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nb heures / sem : __ __ , __

Portage des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nb jours / semaine :
Téléalarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres, précisez : -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nb heures / sem : _ _ , _

Allocation Personnalisée Autonomie (APA) : oui non ne sait pas

Si non, précisez : demandée et en attente demandée et refusée non demandée

Conduite automobile

Le patient conduit-il toujours ? oui non ne sait pas

MESURES ANTHROPOMETRIQUES

Taille (cm) (mesurée) |_|_|_|_|

Poids (kg) (mesuré) |_|_|_|_|, |_|_|

Poids habituel (kg) |_|_|_|_|, |_|_|

Si le patient a perdu du poids :

Sur quelle période avez-vous perdu du poids ? |_|_| mois % Perte de poids |_|_|

IMC (kg/m²) |_|_|_|_|, |_|_|

PRESSION ARTERIELLE / FREQUENCE CARDIAQUE

P.A. Systolique (mmHg) Assis - |_|_|_|_|

P.A. Diastolique (mmHg) Assis - |_|_|_|_|

Fréq. Cardiaque (Puls/mn) Assis - |_|_|_|_|

EVALUATION DE LA DOULEUR

Le patient se plaint-il de douleurs ? oui non ne sait pas

Si oui, précisez la localisation : _____ *précisez la fréquence :* _____

Cotation EVA : score : _____ / 10

ANTECEDENTS DE CHUTE ET PEUR DE TOMBER

Avez-vous peur de tomber ? oui non ne sait pas

Si oui, avez-vous réduit vos activités à cause de cette peur ? ₁ oui ₀ non

Avez-vous fait une ou plusieurs chutes dans les 3 derniers mois ?

oui non ne sait pas

Si oui, combien de fois êtes-vous tombé(e) ?

Quand êtes-vous tombé(e) pour la dernière fois ?

EVALUATION DES CAPACITES VISUELLES

Aides techniques pour la vision (lunettes, lentilles de contact, implants, loupes) oui non

Rendez-vous récent (dans les 6 derniers mois) chez un ophtalmologiste : oui non

Manon RAYNAL -

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

Interrogatoire

Le sujet est-il gêné (même avec ses lunettes) pour :

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| 1. Distinguer les visages | <input type="checkbox"/> oui un peu | <input type="checkbox"/> oui beaucoup | <input type="checkbox"/> non |
| 2. Se déplacer ? | <input type="checkbox"/> oui un peu | <input type="checkbox"/> oui beaucoup | <input type="checkbox"/> non |
| 3. D'autres activités (lire, regarder la télévision) | <input type="checkbox"/> oui un peu | <input type="checkbox"/> oui beaucoup | <input type="checkbox"/> non |

EVALUATION DES CAPACITES AUDITIVES

Communication avec appareillage ou aide technique oui non

INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADL)

1. Aptitude à utiliser le téléphone

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Se sert normalement du téléphone	1	
2. Compose quelques numéros très connus	1	
3. Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1	
4. N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0	
5. Incapable d'utiliser le téléphone	0	

2. Courses

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Fait les courses	1	
2. Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats)	0	
3. Doit être accompagné pour faire ses courses	0	
4. Complètement incapable de faire ses courses	0	

3. Préparation des aliments

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais préparé de repas		
1. Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1	
2. Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0	
3. Réchauffe ou sert des repas qui sont préparés, ou prépare de façon inadéquate les repas	0	
4. Il est nécessaire de lui préparer les repas et de les lui servir	0	

4. Entretien ménager

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais eu d'activités ménagères		
1. Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1	
2. Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que faire les lits, laver la vaisselle	1	
3. Effectue quelques tâches quotidiennes, mais ne peut maintenir un état de propreté normal	1	
4. A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménager	1	
5. Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0	

5. Blanchisserie

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais effectué de blanchisserie		
1. Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1	
2. Lave des petits articles (chaussettes, bas)	1	
3. Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0	

6. Moyens de transport

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Utilise les moyens de transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	
2. Organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public	1	
3. Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1	
4. Déplacement limité en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0	

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

7. Responsabilité à l'égard de son traitement

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1	
2. Est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l'avance	0	
3. Est incapable de prendre seul ses médicaments même si ceux-ci ont été préparés à l'avance	0	

8. Aptitude à manipuler l'argent

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais manipulé d'argent		
1. Gère ses finances de façon autonome	1	
2. Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1	
3. Incapable de manipuler l'argent	0	

Total score IADL	.../ 8
Nombre items non applicables	.../ 8

Si Test non réalisé précisez motif :

ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL)

Hygiène Corporelle

Aucune aide	<input type="checkbox"/> ₁	<i>Si besoin aide, noter depuis quand et par qui</i>
Aide pour une seule partie du corps	<input type="checkbox"/> _{0.5}	
Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	<input type="checkbox"/> ₀	

Habillage

Aucune aide	<input type="checkbox"/> ₁	<i>Si besoin aide, noter depuis quand et par qui</i>
Aide pour lacer ses chaussures, boutonner, fermer une fermeture éclair	<input type="checkbox"/> _{0.5}	
Aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller	<input type="checkbox"/> ₀	

Aller aux Toilettes

Aucune aide humaine (<i>peut utiliser canne, fauteuil roulant...</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<i>Si besoin aide, noter depuis quand et par qui</i>
Besoin aide	<input type="checkbox"/> _{0.5}	

Ne va pas aux WC	<input type="checkbox"/> ₀	
------------------	---------------------------------------	--

Locomotion

Aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (<i>peut utiliser une aide technique de marche</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<i>Si besoin aide , noter depuis quand et par qui et/ou quoi</i>
Besoin d'une aide	<input type="checkbox"/> _{0.5}	
Ne quitte pas le lit	<input type="checkbox"/> ₀	

Continence

Contrôle complet urine et selles	<input type="checkbox"/> ₁	<i>Si incontinence notez moyens de protection</i>
Incontinence occasionnelle urinaire <input type="checkbox"/> selles <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _{0.5}	
Incontinence totale , nécessité de sondage ou surveillance permanente	<input type="checkbox"/> ₀	

Repas

Aucune aide	<input type="checkbox"/> ₁	<i>Si besoin aide , noter depuis quand et par qui</i>
Aide pour couper la viande ou beurrer le pain	<input type="checkbox"/> _{0.5}	
Aide complète ou alimentation artificielle	<input type="checkbox"/> ₀	

Score Total ADL/6
------------------------	----------------

Si Test non réalisé précisez motif :

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

NESTLÉ NUTRITION SERVICES



Evaluation de l'état nutritionnel Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom: _____ Prénom: _____ Sexe: _____ Date: _____
Age: _____ Poids, kg: _____ Taille en cm: _____ Hauteur du genou, cm: _____

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

- A** Le patient présente-t-il une perte d'appétit?
A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?
0 = anorexie sévère
1 = anorexie modérée
2 = pas d'anorexie
- B** Perte récente de poids (<3 mois)
0 = perte de poids > 3 kg
1 = ne sait pas
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
3 = pas de perte de poids
- C** Motricité
0 = du lit au fauteuil
1 = autonome à l'intérieur
2 = sort du domicile
- D** Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?
0 = oui 2 = non
- E** Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère
1 = démence ou dépression modérée
2 = pas de problème psychologique
- F** Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage (sous-total max. 14 points)

12 points ou plus normal pas besoin de continuer l'évaluation
11 points ou moins possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation

Evaluation globale

- G** Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?
0 = non 1 = oui
- H** Prend plus de 3 médicaments
0 = oui 1 = non
- I** Escarres ou plaies cutanées?
0 = oui 1 = non

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?
0 = 1 repas
1 = 2 repas
2 = 3 repas

K Consomme-t-il?
• Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui non
• Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses? oui non
• Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille? oui non
0,0 = si 0 ou 1 oui
0,5 = si 2 oui
1,0 = si 3 oui

L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?
0 = non 1 = oui

M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)
0,0 = moins de 3 verres
0,5 = de 3 à 5 verres
1,0 = plus de 5 verres

N Manière de se nourrir
0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté

O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)
0 = malnutrition sévère
1 = ne sait pas ou malnutrition modérée
2 = pas de problème de nutrition

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?
0,0 = moins bonne
0,5 = ne sait pas
1,0 = aussi bonne
2,0 = meilleure

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
0,0 = CB < 21
0,5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22
1,0 = CB > 22

R Circonférence du mollet (CM en cm)
0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31

Evaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points risque de malnutrition
moins de 17 points mauvais état nutritionnel

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*, Supplement #2:15-28.
Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly", Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series: Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bâle, in press.

© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

0698 F

Si Test non réalisé précisez motif :

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

☞ Cocher la case appropriée, correcte ou incorrecte, pour chacun des 30 items et reporter la réponse du sujet dans les espaces prévus.

Orientation

Dire au sujet : « **Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.** »

Quelle est la date complète d'aujourd'hui _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, poser les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

Corre Incorr
ct ect

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. | En quelle année sommes-nous ? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. | En quelle saison ? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. | En quel mois ? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. | Quel jour du mois ? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. | Quel jour de la semaine ? _____ |

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. | Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* _____
_____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. | Dans quelle ville se trouve-t-il ? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. | Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?* _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. | Dans quelle province ou région est situé ce département ? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. | A quel étage sommes-nous ? _____ |

Apprentissage

Dire au sujet : « **Je vais vous dire trois mots ; je voudrais que vous les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.** »

Corr Incorr
ect ect

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. | Cigare |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. | Fleur |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. | Porte |
- _____

Dire au sujet : « **Répétez les 3 mots** ».

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

Attention

Corre
ct

Incorre
ct

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	14.	93
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	15.	86
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	16.	79
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	17.	72
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	18.	65

Dire au sujet :

« Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? »*

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

« Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?* (EDNOM)

Le nombre de lettres données dans la bonne position ne doit pas figurer dans le score total.



MMSE (suite)

Rappel

Corr Incorr
ect ect

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Cigare | Dire au sujet : |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Fleur | « Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Porte | et de retenir tout à l'heure? » |

Langage

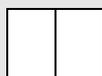
Corr Incor
ect rect

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. | Montrer un crayon au sujet et lui demander « Quel est le nom de cet objet ? » |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. | Montrer votre montre au sujet et lui demander « Quel est le nom de cet objet ? ». |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. | Dire :« Ecoutez bien et répétez après moi : PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET. »
Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire : » |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. | « Prenez cette feuille de la main droite. » |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. | « Pliez-la en deux. » |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. | « Et jetez-la par terre. »* |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. | Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « Fermez les yeux »
et dire au sujet: « Faites ce qui est écrit. » |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. | Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant : « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »* |

Praxies Constructives

Corr Incorr
ect ect

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. | Tendre au sujet la feuille de papier suivante et lui demander :
« Voulez-vous recopier ce dessin. » |
|--------------------------|--------------------------|-----|---|



(/30)

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

Si Test non réalisé précisez motif :

EVALUATION DE LA DEPRESSION : MINI GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS – 4 ITEMS)

	B)	NON
Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Avez-vous l'impression que votre vie est vide?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Vous sentez-vous heureux(se) la plupart du temps?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
1.3.3 TOTAL Score ≥ 1 point: approfondir examen pour rechercher une dépression	/4	

Si Test non réalisé précisez motif :

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

	Chronométrage	Temps en seconde	Score
--	---------------	------------------	-------

SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)

10 à 12 Bonnes performances

7 à 9 Performances Moyennes

0 à 6 Performances faibles

Si Test non réalisé précisez motif :

Vitesse de marche (test sur 4 m)	Temps (secondes) _ , _ _ _	Non réalisable	0
		> 8.70 sec	1
		6.21-8.70 sec	2
		4.82-6.20 sec	3
		< 4.82 sec	4
1.4 Se Lever 1.5 5 fois 1.6 d'une chaise	Temps (secondes) _ _ , _ -	Non réalisable	0
		$\geq 16''7$	1
		13''7 – 16''6	2
		11''2 – 13''6	3
		$\leq 11''1$	4
Tests d'équilibre	Equilibre pieds joints non maintenu 10 secondes		0
	Equilibre pieds joints maintenus 10 secondes Mais l'équilibre en semi tandem ne peut être maintenu 10 secondes		1
	Equilibre semi tandem maintenu 10 secondes Mais incapacité à conserver l'équilibre en position tandem plus de 2 secondes		2
	Equilibre en position tandem maintenu de 3 à 9 secondes		3
	L'équilibre en position tandem est maintenu 10 secondes		4
	SCORE TOTAL	(/ 12)

CRITERES DE FRIED (sauf mesure de la force du poignet)

A 1.7 Perte de poids involontaire

Manon RAYNAL -

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

« Au cours de l'année passée, avez-vous perdu plus de 5 kg involontairement (c'est-à-dire sans avoir suivi de régime ni fait du sport en vue de perdre du poids) ? »

Non Oui

B 1.8 Epuisement subjectif

La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti l'état suivant ?

« Tout ce que j'ai fait m'a demandé un effort. »

- Rarement (< 1 jour)
- Parfois (1-2 jours)
- Souvent (3-4 jours)
- La plupart du temps

La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti l'état suivant ?

« Je ne pouvais pas aller de l'avant. »

- Rarement (< 1 jour)
- Parfois (1-2 jours)
- Souvent (3-4 jours)
- La plupart du temps

C 1.9 Calculer la vitesse de marche sur une distance de 4 mètres

Arrondir au 100^{ème}

Temps de marche sur 4 m : |__|, |__| |__| secondes

soit Vitesse de marche : |__|, |__| |__| m/s

D Activité physique : Quel est votre niveau actuel d'activité physique

- Aucune activité physique (alité)
- Plutôt sédentaire, quelques courtes promenades ou autres activités physiques d'intensité très légères
- Exercice physique d'intensité légère (promenades, danse, pêche ou chasse, courses sans voiture,...) au moins 2 à 4 heures par semaine

- Exercice physique d'intensité modérée (jogging, marche en montée, natation, jardinage, vélo,...) pendant 1 à 2 heures par semaine, ou exercice d'intensité légère (promenades, danse, pêche ou chasse, courses sans voiture...) supérieure à 4 heures par semaine
- Exercice physique d'intensité modérée de plus de 3 heures par semaine
- Exercice physique intense plusieurs fois par semaine

Un exercice d'intensité légère ne provoque pas de transpiration, et il est possible de l'effectuer tout en parlant ;

Un exercice d'intensité modérée provoque une transpiration, et il est impossible de l'effectuer tout en parlant ;

Un exercice physique intense implique un effort maximal.

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

Attentes de la personne et/ou de son aidant

La personne	L'aidant (précisez le lien) :
Pas d'attentes <input type="checkbox"/>	Pas d'attentes <input type="checkbox"/>
Attente de réponses précises pour (<i>préciser le(s) problème(s) avec mots du patient</i>) 1..... 2 -	Attente de réponses précises pour (<i>préciser le(s) problème(s) avec mots de l'aidant</i>) 1 2
Information et conseils sur la prévention à domicile <input type="checkbox"/>	Information et conseils sur la prévention à domicile <input type="checkbox"/>
Orientation vers offre de prévention et d'aides disponible sur le lieu de vie <input type="checkbox"/>	Orientation vers offre de prévention et d'aides disponible sur le lieu de vie <input type="checkbox"/>
Autres <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>

SYNTHESE

Etat Général :		Alerte <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui , préciser)	
Troubles sensoriels A : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui V : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Evaluation Douleur : /10			
Durée Evalaution :			
Evaluation de l'autonomie et des performances fonctionnelles			
Autonomie, activités de base :	ADL /6	Alerte <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui , préciser)	Interventions à initier
Autonomie, activités instrumentales :	IADL /8		
Performances fonctionnelles :	SPPB /12		
Chutes ou Risques de chutes	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Vitesse de marche (m/s) (Fried)	_ , _ _ _ m/s		
“Aucune activité physique” ou “plutôt sédentaire” (Fried) :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Evaluation Sociale			
Ouverture et/ou maintien droits	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Alerte <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui , préciser)	Interventions à initier
Adaptation domicile	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Isolement social	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Evaluation nutritionnelle			
MNA	/30	Alerte <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui , préciser)	Interventions à initier
IMC	kg/m ²		
Perte de poids involontaire (Fried)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Autre Variation de poids	<input type="checkbox"/> Poids stable <input type="checkbox"/> Prise de poids		
Evaluation Cognitive			
- MMSE	/ 30	Alerte <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui , préciser)	Interventions à initier
Troubles de l'humeur			
GDS- 4 items	/ 4	Alerte <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui , préciser)	Interventions à initier
Epuisement subjectif (Fried)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		

Manon RAYNAL -

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

Commentaire général

Plan personnalisé de soins et de prévention

Plan d'actions des interventions - Plan coordonné par

<i>Priorité</i>	<i>Nature ou objectif de l'intervention</i>	<i>Actions à mettre en place</i>	<i>Intervenants</i>	<i>Résultats lors suivi àmois</i>	<i>Résultats lors suivi àmois</i>	<i>Commentaires</i>
1						
2						

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

3						

Personne	Réunions de concertation pluri-professionnelle		
Nom :	Initiale : date .../.../...	De suivi àmois date .../.../...	De suivi àmois date .../.../...
Prénom :	Noms et fonction des professionnels présents :		
Date de naissance :			

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

Questionnaire de satisfaction des patients

Questionnaire avec échelle de 0 à 4 selon Annexe 9 du protocole (insatisfait, peu satisfait, satisfait, très satisfait) cf. fichier Excel : Indicateurs_PC_fragilité.xls

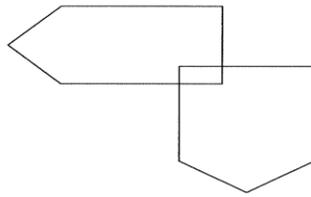
FERMEZ LES YEUX

Annexe 2 pour MMSE

Manon RAYNAL -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité



Annexe 3 pour MMSE

Annexe 4

EVALUATION DES CAPACITES AUDITIVES

Hearing Handicap Inventory for the Elderly – Screening version (HHIE-S)

	(5) Non	(2) Parfois	(4) Oui
1- Est-ce qu'un problème auditif fait que vous vous sentez embarrassé quand vous rencontrez de nouvelles personnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Est-ce qu'un problème auditif fait que vous vous sentez frustré quand vous parlez aux membres de votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Avez-vous des difficultés d'écoute quand quelqu'un vous parle en chuchotant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Vous sentez-vous handicapé par un problème auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Est-ce qu'un problème auditif fait que vous êtes embarrassé quand vous rendez visite à des amis, à votre famille ou à des voisins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Est-ce qu'un problème auditif fait que vous assistez aux services religieux moins souvent que vous le voudriez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Est-ce qu'un problème auditif fait que vous avez des disputes avec des membres de votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Est-ce qu'un problème auditif fait que vous avez des difficultés à écouter la télé ou la radio ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Ressentez-vous qu'une difficulté quelconque avec votre audition limite ou entrave votre vie personnelle ou sociale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Est-ce qu'un problème auditif vous cause des difficultés quand vous êtes au restaurant avec de la famille ou des amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCORE TOTAL : _____/40

Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

Annexe 5

EVALUATION DES CAPACITES VISUELLES

Test d'acuité visuelle – Vision de loin (Echelle Monoyer)

Lecture de la planche à une distance de 5 mètres.

	Acuité	Oeil droit	Oeil gauche
ZU	1/10e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCF	2/10e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OHSE	3/10e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NLTAVR	4/10e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OXPHBZD	5/10e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YOELKFSI	6/10e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXATZHDVN	7/10e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RCYHOFMESPA	8/10e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DLVATBKUEHSN	9/10e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRTVFUENCXOZD	10/10e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Test d'acuité visuelle – Vision de près (Echelle de Parinaud)

Score : _____

Grille d'Amsler

Anomalies

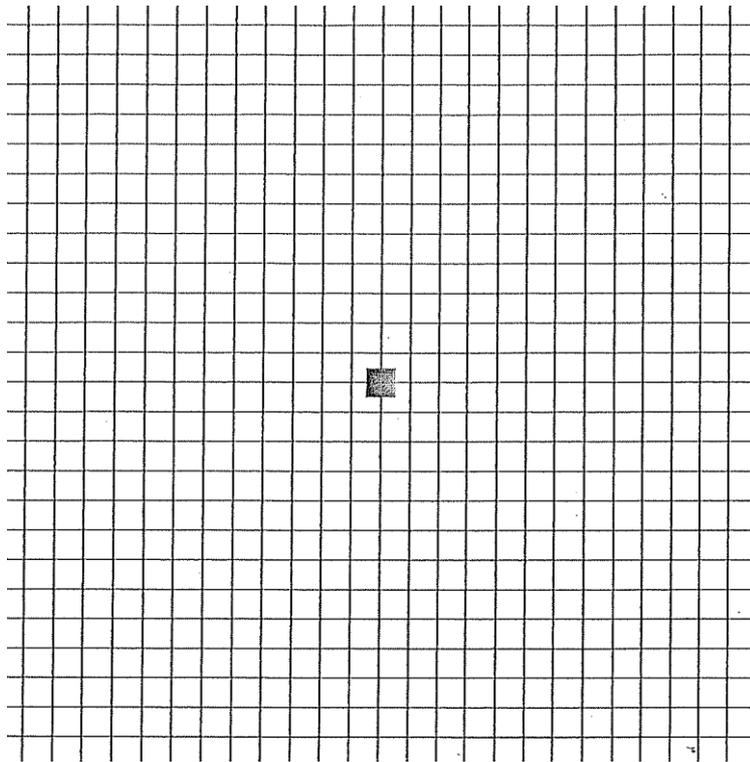
₁ oui

₀ non

Si _____ oui,

précisez

lesquelles :



Protocole de Coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité

Manon RAYNAL -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

Annexe 5 : Entretien semi-directif, rencontre avec IDEL délégués du PC fragilité.

R e n c o n t r e a v e c i n f i r m i e r s d é l é g u é s P c F r a g i l i t é

Objectifs :

- Présenter les documents de facturation
 - Préparation de la rencontre 30/04
 - Recueillir les premières impressions de la mise en œuvre du protocole depuis la formation
 - Répondre et/ou recueillir les questions et remarques des IDE
-

- 1- **Calibrage du nombre de patients** prévisionnels inclus dans le protocole par sem/mois
 - Élément nécessaire pour dégager les fonds (FIR) nécessaires à la rémunération des diagnostics sur l'année
 - Signature de la **convention** de financement si possible

- 2- **Nombre de patients inclus :**

- 3- **Dossier d'évaluation pour le diagnostic :**
 - Pertinence des documents

- 4- **Satisfaction du patient**
 - Comment la venue d'un IDE «inconnu » a-t-elle été accueillie par le patient ?

- 5- **Tableau d'évaluation :**
 - Pertinence des **indicateurs**

- 6- Présentation des **documents de facturation :**
 - Ces docs seront à renvoyer par scan si possible à N. Pascon

- 7- **Besoin de l'attestation d'assurance** de responsabilité professionnelle

Entretien

Motivation

Dans MSP

- Comment l'ont-ils connu
- Pourquoi ont-ils adhéré à ce protocole ? Pourquoi celui de la Fragilité et pas un autre ?

Hors MSP

- Comment ont-ils motivé les MT ?
- Les MT avaient-ils déjà connaissance du PC ?
- Comment l'ont-ils connu
- Pourquoi ont-ils adhéré à ce protocole

Si inclusions :

- Comment s'est passée l'inclusion,
- au bout de combien de temps leur a-t-on adressé un patient
- Vont-ils en avoir d'autres sous peu
- la pertinence de la demande de diagnostic, la demande correspond aux critères fragilité et critères inclusion >75
- Comment s'est déroulé le diagnostic ? Lien avec la formation reçue.

Organisation autour du PC

Hors MSP

- Quelle organisation personnelle pour les temps diagnostics et le suivi
- Le suivi à quel rythme ?
- Ont-ils penser la fin de la prise en charge ? en fonction de la fin du PPS ? sur quels critères ?
- Les délégants sont-ils actifs dans la démarche ?
- De quelle façon vont-ils prévoir les RCP, compte rendu, remplir **PPS**
- SIP ? pour info patient ?

Dans MSP :

- Quelles organisations prévues avec les déléguant
- Comment vont se passer les RCP
- Quelle organisation perso pour suivi des patients
- Comment sont rémunérées les RCP
- Les déléguants sont 'ils actif dans la démarche ?
- De quelle façon vont 'ils prévoir les RCP, compte rendu, remplir **PPS**
- SIP ? pour info patient ?

Si absence d'inclusion :

- si 0 patients pourquoi ?
- quels freins ?
- Comment a été informé le médecin au PC F. ?

Annexe 6 : Note sur les Nouveaux Mode de Rémunération



Direction de l'offre de soin et de l'autonomie

Note pour le département premier recours

30/03/2015

<i>Sujet :</i>	Généralisation des ENMR : Règlementation NMR 2015
<i>Nom rédacteur :</i>	Manon Raynal
<i>Tel rédacteur :</i>	05-34-30-25-95

1- Description de la problématique :

Le règlement arbitral approuvé par arrêté le 23 février 2015, vise à pérenniser les expérimentations des nouveaux modes de rémunération des structures organisées d'exercice pluri professionnel (MSP mono ou multi sites et centres de santé) engagées dans le cadre de l'art 44. de la LFSS de 2008.

Il permet la mise en place d'une rémunération spécifique en contrepartie d'un certain nombre d'engagements, ciblant ainsi les structures les plus performantes.

2- Historique/ actions de l'ARS sur le sujet :

Le règlement arbitral marque l'aboutissement d'une expérimentation de 4 ans :

2010: Mise en place du dispositif expérimental créé par art. 44 LFSS en 2008	Module 1, Midi-Pyrénées: Aspet (31) Case de santé (31)	
2014: reconduction ENMR	Module 1 bis, Midi-Pyrénées:	FIR Midi-Pyrénées
	MSP bénéficiaires du Module 1bis ENMR (sur fonds nationaux)	MSP bénéficiaires d'une allocation sur FIR dans le cadre de la rémunération d'équipes pluri-professionnelles
	Mirepoix (09)	Vicdessos (09)
	Nailloux (31)	Laguiole-St Amans-Ste Geneviève-St Chély (12)
	Fleurance (32)	Decazeville- Aubin (12)
	Mauvezin (32)	La Reynerie (31)
	Nogaro (32)	Marciac (32)
	Vic-Fezensac (32)	Trie s/ Baïse (65)
Val d'Adour (65)	Brassac (81)	
Montricoux (82)	Montaigu de Quercy (82)	
Lavit-Saint Nicolas (82)	Varen (82)	
	Pour un montant total de : 402,650€	Pour un montant total de: 149,400€
Novembre 2014:	Rupture des négociations entre UNCAM et les syndicats représentatifs des professionnels	
27 Février 2015:	Publication du règlement arbitral, pour entrée en vigueur le 28/02/2015	

3- Mise en œuvre du règlement

▪ La contractualisation

Pour bénéficier de ce mode de rémunération, les structures doivent être constituées en SISA

La contractualisation s'effectue entre la Structure/ CPAM/ ARS pour une durée de 5 ans, révisable annuellement selon l'atteinte des engagements reposant sur 3 axes (dans la continuité des ENMR) :

- Accès aux soins (amplitude horaire déterminée)
- Travail en équipe
- Système d'information (labellisé ASIP)

Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2016, les prérequis sont estimés remplis si l'ensemble des 3 critères socles de l'accès aux soins et au moins un des critères socles des deux autres axes (Travail en équipe ou SI) sont respectés.

Dés lors, pour les contrats signés en 2015, le SI devra répondre au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé à minima de niveau 1 au plus tard le 31 décembre 2016. Pour les autres structures la conformité avec le cahier des charges ASIP devra s'effectuer au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat.

▪ **Les structures concernées**

- Les maisons de santé pluri-professionnelles mono ou multi sites, constituées en SISA
Par dérogation : Les structures non encore constituées sous la forme juridique requise peuvent signer un contrat sous réserve d'une constitution adéquate sous 6 mois maximum à compter de la signature du contrat.
- Les centres de santé pluri-professionnels
La contractualisation est possible pour les CDS en 2015 dans l'attente de l'accord national en cours de négociation. Les structures devront à terme opérer un choix entre l'accord national et le « contrat NMR ».

▪ **Rôles de l'ARS**

○ Accompagnement et suivi des structures par les ARS :
L'ARS reste l'interlocuteur privilégié des porteurs de projet en phase précontractuelle. Elle continue d'opérer ses missions d'organisation de la répartition de l'offre de soins sur le territoire, de promotion du dispositif, d'accompagnement et de suivi des structures qu'elles soient candidates ou bénéficiaires des ex-NMR.

○ Le traitement de la demande de contractualisation ⁷⁷:
La CPAM émet un premier avis sur la recevabilité de la demande et transmet par la suite le dossier au DCGDR et à l'ARS pour examen. L'examen conjoint s'effectuera au cours de réunions de concertations régulières, entre les personnes en charge du dossier au niveau de l'ARS et de la coordination régionale de l'AM.
Lors des traitements des dossiers l'ARS procède à :

- La vérification de l'éligibilité de la structure au contrat

⁷⁷ Cf. Annexe 1 : circuit de traitement des demandes de contractualisation

- L'examen la cohérence du projet de santé de la structure avec les PRS
- L'étude la possibilité d'accorder une dérogation sur l'amplitude horaire d'ouverture de la structure suivant l'organisation de la PDSA
- L'identification des missions de santé publique pouvant être proposées à la structure (limite de 2 missions par contrat) au regard du PRS.

Les missions de santé publique sont listées en annexe 4 de l'arbitral. Si une structure participe à d'autres missions de santé publique elle pourra bénéficier d'autres modes de financement (FIR). Elles seront alors annexées au contrat prévu par le règlement arbitral.

Le DCGDR transmet les décisions aux CPAM de rattachement des structures. La CPAM notifie la décision à la structure. En cas de décision de refus de la contractualisation, la notification comporte le motif de la décision et la possibilité pour la structure de saisir le comité régional de suivi des structures pluri-professionnelles dans un délai de deux mois.

L'ARS doit transmettre trimestriellement (première semaine de février, de juin, d'octobre) **les informations relatives aux contrats signés dans leur région via le tableau de remontées à la DSS.**⁷⁸

L'ARS siège à titre consultatif au comité régional de suivi des structures pluri-professionnelles dont les rôles sont ⁷⁹:

- Veiller au respect des dispositions du règlement arbitral
- Emettre des avis en cas de difficultés de mise en œuvre des contrats
- Suivre la montée en charge des contrats conclus
- Emettre des avis en cas de recours des structures non retenues pour la contractualisation ou en cas de résiliation.

En amont des réunions des comités régionaux, une réunion de concertation sera programmée entre le DCGDR et l'ARS.

▪ **La rémunération**⁸⁰ :

Est fonction de l'atteinte des engagements.

- Les engagements dits « socles », considérés comme des pré-requis conditionnant le déclenchement de la rémunération de base.
- Les engagements dits « optionnels » (anciennement bonus) conditionnant le versement d'une rémunération supplémentaire.

⁷⁸ Via l'adresse : dss-cooperations@sante.gouv.fr

⁷⁹ Les modalités de mise en place du conseil régional feront l'objet d'une instruction. Leur mise en place s'effectuera en aval de celle du comité national

⁸⁰ Cf. Annexe 1

Ces deux niveaux de rémunération comportent une partie fixe et une partie variable (fonction de la patientèle).

Si les critères de chaque axe des parties socles et optionnelles sont remplis, cela permet de totaliser 7 400 points (patientèle de référence pour la partie variable = 4000 patients). La valeur du point est fixée à 7€.

La patientèle est redéfinie par le règlement comme étant : la somme du nombre de patients ayant déclaré un des médecins traitants exerçant au sein de la structure et du *nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure au cours de l'année de référence.*

La rémunération peut être majorée au regard du taux de précarité de la structure (CMUC, AME). Pour un taux de précarité supérieure au taux national, une majoration égale à la différence est applicable et plafonnée à 25%.

▪ **Modalités de versement de la rémunération :**

○ Pour les nouvelles structures :

- *Mise en place d'un dispositif d'avance de 60%:*

Ce dispositif d'avance permet d'engager les investissements nécessaires pour la réalisation des engagements. L'avance est calculée sur la base d'un taux de 100% de réalisation des engagements socle, en prenant en compte comme référence le volume de patientèle du 31 décembre de l'année *n-1*.

○ Pour les ex-ENMR

- *Mise en place d'un dispositif d'avance de 60%:*

L'avance est calculée en 2015 sur la base du montant versé en 2014 à la structure dans le cadre de l'expérimentation.

- *Une procédure accélérée:*

Dès le 16/03/2015 les structures intégrées aux ex-ENMR devaient recevoir un courrier permettant de formaliser leur volonté de contractualisation, qu'elles doivent retourner avant le 15/04/2015 à la CPAM et à l'ARS pour percevoir l'avance de 60%. Passé ce délai, les structures entreront dans une contractualisation classique.

- *Une phase transitoire, lissage de la rémunération au titre des années 2015 et 2016 :*

Cette phase prévoit le versement d'une somme complémentaire au titre de l'année 2015 et 2016 si le montant de la rémunération dû à la structure suivant le règlement

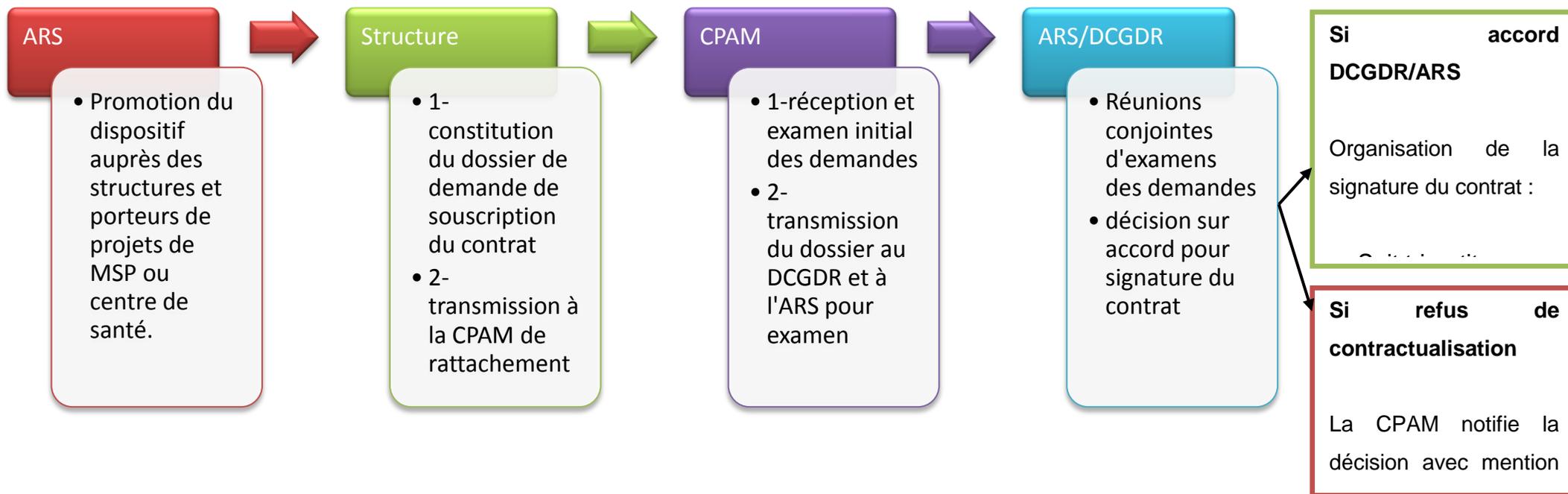
arbitral est inférieur au montant perçu au titre de l'année 2014.

4- Les enjeux

- L'objectif ministériel est de passer de 600 MSP en 2015 à 1000 en 2017
- Ouvrir le cadre conventionnel aux nouveaux candidats en conformité avec les engagements requis dans le contrat type :
 - Par un travail de prospective et d'accompagnement qui repose sur l'expertise des ARS en lien avec l'AM
 - Par un réseau régional prenant appui sur les ex-ENMR pour diffuser le dispositif et améliorer les pratiques.
- D'ici deux ans au plus, tard (soit avant début mars 2017) les partenaires conventionnels devront engager des négociations en vue d'un nouvel accord interprofessionnel.

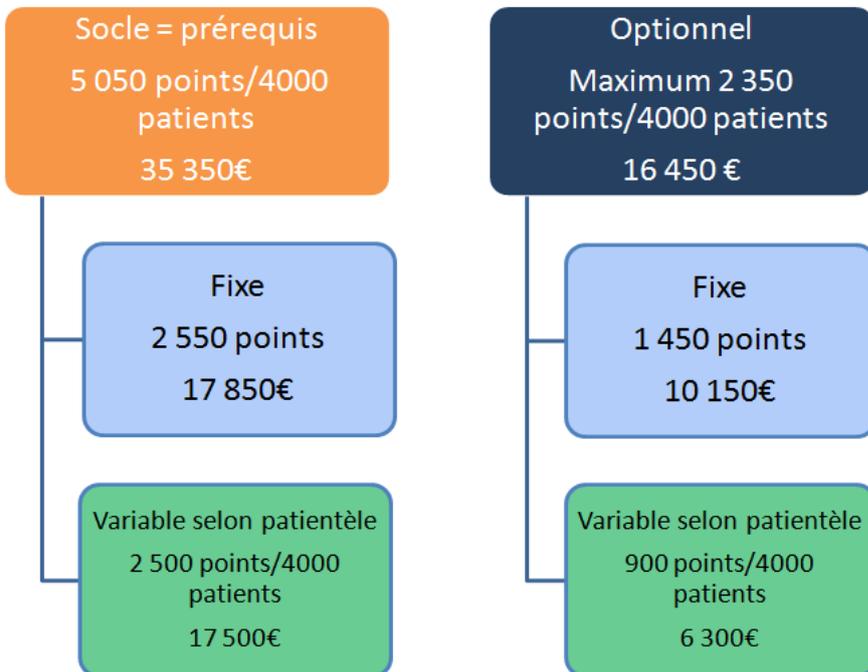
En cas d'absence d'accord, le règlement arbitral est applicable jusqu'à début mars 2020 au plus tard.

Annexe 1 : Circuit de traitement des demandes de contractualisation



Annexe 2 : La rémunération

Un niveau de rémunération équivalent à celui des ENMR en moyenne
Pour une structure de référence avec 4 000 patients
7 400 points = 51 800 € hors majoration pour précarité



Annexe 7 : Modèle de différenciation des étapes du cheminement vers l'expertise (version tirée de Dreyfus et Benner)

Novice : Personne qui, n'ayant aucune expérience de situations réelles, dépend entièrement des règles qui lui ont été enseignées pour accomplir la tâche. Suivre des règles a cependant des limites : aucune règle ne peut indiquer à la personne novice ce qui est le plus important dans une situation réelle, ni dans quels cas il faut faire exception aux règles. Cette étape est caractérisée par une grande insécurité.

Débutante Personne qui a rencontré suffisamment de situations réelles pour avoir noté (ou s'être fait démontrer la signification de certains «aspects isolés, caractéristiques de la situation. La personne débutante a besoin d'aide pour établir des priorités, puisqu'elle agit selon les règles apprises et qu'elle commence seulement à percevoir la signification des aspects caractéristiques des situations qu'elle rencontre. Les difficultés sont d'autant plus importantes que la situation est complexe et nouvelle. Compétente Personne qui a typiquement deux ou trois années d'expérience dans un domaine particulier. Elle peut tenir compte des buts à long terme et de la planification qu'elle a faite pour déterminer quels aspects d'une situation sont importants et lesquels elle peut ignorer. La personne compétente n'a pas encore la rapidité et la flexibilité qu'elle atteindra au stade suivant, mais elle sent qu'elle maîtrise la situation et qu'elle est efficace dans la plupart des cas.

Performante : Personne qui perçoit les situations de façon globale plutôt qu'en terme «d'aspects». Elle reconnaît des exemples de situations réelles. Il s'agit d'un changement qualitatif dans la perception. La compréhension globale facilite la prise de décision, puisque la personne saisit parmi les différents aspects ceux qui sont importants. La personne performante émet un nombre limité d'hypothèses de solution et se centre sur l'aspect important de la situation. Elle effectue un raisonnement conscient pour en arriver à la prise de décision.

Experte : Personne qui ne dépend plus du raisonnement conscient pour passer de la compréhension d'une situation à la prise de décision. L'experte qui a un bagage imposant d'exemples de situations réelles a une «reconnaissance» intuitive de la situation et se centre immédiatement sur les aspects importants sans formuler d'hypothèses non productives. Elle voit spontanément ce qu'elle doit faire, sans avoir à le raisonner de façon consciente. (Extrait de Du mode novice au mode expert : Repères pour la formation professionnelle

des infirmières praticiennes, par Claire-André Frenette-Leclerc, Mémoire de maîtrise, février 1989, Document non publié).

NOTE D'OBSERVATION

Manon RAYNAL -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

RAYNAL	Manon	24/06/2015
Master 2		
Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Innovation dans le champ de la santé : Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé		
L'exemple du protocole de coopération : « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » élaboré en Midi-Pyrénées		
Promotion 2014-2015		
<p>Résumé :</p> <p>Les protocoles de coopérations nées de l'article 51. de la loi HPST, sont des dispositifs permettant les délégations de tâches ou activités ou la réorganisation des modes intervention entre professionnels de santé, à titre dérogatoires. Ils sont initiés par les professionnels de santé et reposent sur la volonté des professionnels engagés.</p> <p>Plusieurs enjeux de taille se tissent autour de ces dispositifs : favoriser la prise en charge globale des patients dans une logique de coordination pluri-professionnelle ; répondre aux nouveaux besoins en santé publique de la population en proposant aux professionnels des diversités d'exercices attractifs ; légitimer les compétences nouvelles et favoriser l'émergence de nouveaux métiers ; répondre aux défis posés par l'évolution de la démographie médicale.</p> <p>Ce mémoire s'attache à analyser le processus d'accompagnement aux changements à l'œuvre dans le déploiement des protocoles de coopération, à travers l'exemple du protocole de coopération : « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » élaboré en Midi-Pyrénées.</p> <p>Après une présentation générale du département premier recours au sein duquel j'ai effectué mon stage, j'aborderai le sujet principal de ma mission -les protocoles de coopération entre professionnels de santé - à travers l'exemple du protocole de coopération « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé ». L'analyse des freins et des leviers relatifs au déploiement du protocole, sera l'occasion d'explicitier l'intérêt des actions d'accompagnement mises en œuvre. Dans un second temps, l'accent sera mis sur l'analyse de l'accompagnement au changement dans le cadre de l'innovation dans le champ de la santé, en lien avec les activités que j'ai réalisées durant mon stage.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Innovation, protocoles de coopération, fragilité, délégation de tâches, pratiques avancées, accompagnement au changement, redéfinition des rôles</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		