



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2020 –

**LES PROTOCOLES DE COOPÉRATION DANS LE DOMAINE DE
LA CHIRURGIE BARIATRIQUE : LE POINT SUR LEURS
CONDITIONS DE MISE EN PLACE ET LES DIFFÉRENTS
FACTEURS FAVORISANT LEUR DÉPLOIEMENT**

– Groupe n° 17 –

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| – Frédérique BRIED (EDH) | – Patricia PHARAM (EDH) |
| – Sami DENAVIT (EDH) | – Cécile RODRIGUEZ (EDS) |
| – Marie LE HUEROU (EAAH) | – Stéphanie TRAVAILLARD (EDS) |
| – Olivier MARTINEZ (ED3S) | – Mélanie VIAL (ED3S) |

Animatrice :
Nathalie GOURMELON

Sommaire

Introduction	1
1 État des lieux de l'obésité en France : Une maladie chronique dont l'essor a entraîné celui de la chirurgie bariatrique, des centres spécialisés de l'obésité (CSO) et des protocoles de coopération avec délégation de tâches	2
1.1 Définition de l'obésité : une maladie chronique multifactorielle	3
1.2 Enjeux de santé et de dépense publiques en France de l'obésité	3
1.2.1 Enjeu de santé publique.....	3
1.2.2 Enjeu de dépense publique	4
1.3 La prise en charge de l'obésité : une prise en charge complexe.....	4
1.3.1 Une prise en charge curative complexe marquée par une hausse constante de la chirurgie de l'obésité.....	4
1.3.2 Une prise en charge dont la pertinence suscite des interrogations	5
1.3.3 Une prévention à développer.....	6
1.4 Les CSO – CIO : acteurs clés de la fluidification et coordination de la prise en charge	6
1.4.1 Les centres spécialisés.....	6
1.4.2 Les centres intégrés	8
2 Les coopérations entre professionnels de santé et la mise en place de protocoles via le mécanisme de la délégation de tâches	8
2.1 Les coopérations entre professionnels de santé : vers le protocole.....	8
2.1.1 Historique	8
2.1.2 Quelques règles applicables aux protocoles	10
2.1.3 Bénéfices attendus des coopérations	10
2.2 La délégation de tâche en santé : la base juridique du protocole de coopération.....	12
2.2.1 Délégation de tâches et compétence.....	12
2.2.2 La délégation de tâches et la responsabilité des professionnels	12
3 Analyse comparée de deux expériences de terrain : les consultations infirmières du CIO-IDF Centre et du CSO d'Orléans.....	13

3.1	La consultation infirmière de suivi de patient après chirurgie de l'obésité de la Pitié Salpêtrière	13
3.2	Intérêts et limites du dispositif du CIO de la Pitié	14
3.2.1	Intérêt majeur : l'extension de l'expérimentation à d'autres territoires	14
3.2.2	Les limites	15
3.3	La consultation de suivi du CSO d'Orléans	15
3.4	Intérêts et limites du dispositif du CSO d'Orléans	16
3.4.1	Intérêts.....	16
3.4.2	Les limites	16
3.5	Synthèse : une consultation qui démontre sa pertinence, mais fragile.....	17
4	Les pistes de solution pour « sanctuariser » et étendre les protocoles de coopération en chirurgie bariatrique	18
4.1	Les aménagements des coopérations par la loi OTSS pour faciliter la mise en place et l'extension des protocoles d'un point de vue procédural	19
4.2	Les pratiques avancées: une piste possible pour pérenniser le travail en interprofessionnalité et le parcours bariatrique.....	20
4.3	Le financement combiné au parcours et à la qualité : une opportunité pour valoriser la consultation de suivi infirmier ?	22
4.4	« L'autre article 51 » : la promesse des expérimentations innovation en santé.....	23
	Conclusion.....	27
	Bibliographie.....	29
	Liste des annexes	I
	Annexe 1 : Grilles des hypothèses.....	II
	Annexe 2 : Questionnaire aux CSO – CIO	IV
	Annexe 3 : Les différents types de chirurgie de l'obésité	VII
	Annexe 4 : Protocole de coopération du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière ..	VIII
	Annexe 5 : Comptes-rendus des entretiens	XIX
	Annexe 6 : Exemple de livrets parcours patient (avant la chirurgie et après la chirurgie).....	XXXVI

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

L'ensemble des membres du groupe MIP tiennent à adresser leurs sincères remerciements à Nathalie Gourmelon, animatrice du groupe, pour ses conseils et son accompagnement dans la réalisation de ce rapport. Sa disponibilité a constitué un véritable soutien.

Nous sommes très reconnaissants vis-à-vis de l'ensemble des acteurs qui ont donné de leur temps pour nous faire partager leur expérience de terrain, leur motivation et leur engagement dans la prise en charge et le suivi des patients de la filière de la chirurgie bariatrique.

Nous remercions également les centres spécialisés de l'obésité d'avoir répondu à notre questionnaire, contribuant ainsi à enrichir les données analysées pour la rédaction de notre rapport.

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
ASALEE	Actions de Santé Libérale En Equipe
CIO	Centre Intégré de l'Obésité
CSO	Centre Spécialisé de l'Obésité
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES	Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques
DU	Diplôme d'Université
FIR	Fonds d'Intervention Régional
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital De Jour
HPST	Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire »
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IPA	Infirmier en Pratique Avancée
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LMSS	Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MIG	Mission d'Intérêt Général
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ONIAM	Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
OTSS	Loi Organisation et Transformation du Système de Santé.
PNNS	Programme National Nutrition Santé
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SNS	Stratégie Nationale de Santé
SOFFCO-MM	Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques

Méthodologie

Nous sommes huit élèves fonctionnaires, issus de filières différentes (3 Directeurs d'hôpital ; 2 Directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ; 2 Directeurs des Soins ; 1 Attachée d'Administration Hospitalière) à avoir choisi de travailler sur le thème : « Les protocoles de coopération dans le domaine de la chirurgie bariatrique : le point sur leurs conditions de mise en place et les différents facteurs favorisant leur déploiement. »

Tout au long du travail, nous avons communiqué par écrans interposés sans jamais nous rencontrer physiquement. Cette méthode de travail très contrainte du fait de la crise sanitaire ne facilite pas les échanges particulièrement en raison des problèmes de connections. D'autre part, une seule semaine nous a été octroyée pour travailler exclusivement sur le (mémoire interprofessionnel) MIP. Bien que le délai d'élaboration du mémoire ait été rallongé, les emplois du temps des quatre filières en présence n'étaient pas concordants. Ainsi nous avons pris le parti de nous réunir virtuellement via une application de communication collaborative Teams, les weekends et jours fériés ou en soirée pour mettre en commun nos travaux, réfléchir collectivement et enrichir notre devoir des points de vue de chacun. Tous les documents analysés, rédigés étaient déposés dans un fichier commun afin que chacun d'entre nous puisse se les approprier.

Le groupe a apprécié la disponibilité des professionnels que nous avons ciblés lesquels ont accepté de nous consacrer du temps, à un moment critique de la crise sanitaire en période de confinement, pour s'entretenir en visioconférence avec nous. Il était, en effet, inenvisageable de s'entretenir en face à face. Nous avons réalisé ainsi cinq entretiens que nous avons enregistrés après accord des personnes. L'entretien semi-directif permet grâce à la grille d'entretien de relancer et centrer les interviewés sur le sujet. L'enregistrement permet une retranscription fidèle des propos des interviewés. Nous transmettrons aux personnes interviewées nous ayant fait la demande, le rapport finalisé.

Parallèlement, pour une vue plus générale sur l'étendue de la délégation de tâche (consultation infirmière notamment) dans le cadre des protocoles de coopération, nous avons élaboré un questionnaire à l'attention des 37 Centres Spécialisés de l'Obésité. Au final, 25 CSO ont répondu au questionnaire, ce qui représente un échantillon représentatif.

Après le recueil très riche d'informations avec les entretiens semi-directifs et les résultats du questionnaire, nous avons élaboré notre plan. De manière consensuelle et selon les affinités de chacun nous nous sommes réparti la rédaction de notre mémoire. Une relecture commune a permis de corriger le mémoire et de rendre sa lecture fluide.

Nous regrettons de n'avoir pas eu l'opportunité de nous rencontrer avant le rendu du travail.

Introduction

La pathologie de l'obésité est reconnue comme un fléau en matière de santé publique. Celle-ci ne cesse de s'amplifier et concerne toutefois inégalement la population, les déterminants sociaux, environnementaux, économiques ou génétiques étant particulièrement prégnants. Il en résulte, depuis 20 ans un recours croissant à la chirurgie bariatrique.

Afin de structurer les parcours de santé, plusieurs mesures ont été mises en œuvre notamment pour encadrer le suivi des patients en pré et post opératoire.

Comme préconisé par le Plan Obésité 2010-2013, en 2011, des centres spécialisés et des centres intégrés de l'obésité ont été créés. Ces centres ont pour double mission d'organiser la filière sur les territoires de santé, et en tant que 3^{ème} niveau de recours, de contribuer à l'amélioration des soins des patients à obésité sévère et multi-compiquée.

La chirurgie de l'obésité est encadrée par des recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute Autorité de Santé (HAS) et la SOFFCOMM (Société française de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques), et devant les risques de complication, les patients doivent pouvoir être suivis de manière rapprochée. Face à l'augmentation du nombre d'opérations et suite à la possibilité de mettre en place des protocoles de coopération entre le personnel médical et le personnel soignant (sur la base de l'article 51 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST)), des Centres hospitaliers ont initié de tels protocoles pour permettre d'étendre la prise en charge du suivi aux infirmiers.

Le CIO Ile de France Centre s'est saisi dès 2013 de cette opportunité, en déposant auprès de l'ARS Ile de France un protocole intitulé « Consultation Infirmière de suivi des patients bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité avec prescription de médicaments en lieu et place du médecin ». Une consultation infirmière de nutrition (CIN) s'est ainsi organisée et étendue à d'autres établissements.

Après 7 ans de mise en œuvre, le bilan de ces consultations affiche un résultat contrasté selon les établissements. On constate ainsi, que cette consultation se heurte à plusieurs difficultés aux niveaux administratif, juridique, financier et organisationnel qui sont de nature à remettre en cause sa pérennité.

Dans le cadre du module interprofessionnel de santé publique au sein de l'EHESP, nous avons été sollicités pour mener un travail de recherche afin d'étudier et analyser les difficultés rencontrées pour maintenir et ou mettre en place les protocoles de coopération au sein des CSO/CIO en général et au sein du CIO Ile de France Centre en particulier

Ce module s'est déroulé du 4 mai au 30 juillet 2020, dans des conditions très particulières du fait de la pandémie de Covid-19. Dans un premier temps, nous nous sommes appuyés sur une revue étayée de la littérature afin de circonscrire le sujet. Les conseils avisés de Madame Nathalie GOURMELON, animatrice du groupe, nous ont permis d'amorcer rapidement le travail d'élaboration de la problématique.

Nous avons alors décidé de mener notre travail de mémoire en nous appuyant sur la problématique suivante : « **La délégation de tâches dans le domaine du parcours bariatrique : quel périmètre à l'exercice des infirmières « coordinatrices » et quelles limites (ou freins) à son développement** ».

Pour élaborer notre recherche, nous avons dégagé 5 hypothèses (Annexe 1) :

- Le projet de délégation de tâches est avant tout une initiative médicale
- La délégation de tâches aux infirmières apporte une plus-value pour les patients
- La délégation de tâches aux infirmières apporte une plus-value pour les médecins
- Le travail infirmier dans le cadre du suivi bariatrique n'est pas suffisamment reconnu
- Le financement est un frein majeur à la mise en place de la coopération

C'est sur la base de ces hypothèses que nous avons élaboré des guides d'entretien afin de pouvoir interroger de manière semi-directive des professionnels au sein du CIO Ile de France Centre et du CSO d'Orléans. Notre objectif était de pouvoir mettre en regard deux centres de bariatrique ayant mis en place des protocoles de coopération, dont l'un fonctionnait toujours et l'autre n'était plus en place, afin de comprendre les freins et les apports de ce mode de fonctionnement.

De plus afin d'enrichir notre étude, nous nous sommes également appuyés sur des questionnaires à l'attention des 37 CSO de France métropolitaine et d'Outre-mer (Annexe 2).

Afin de présenter notre travail d'enquête à la suite du point méthodologique, il nous est apparu opportun de vous présenter dans un premier temps un état des lieux tant de la situation française en termes d'obésité, que de la chirurgie bariatrique et de la délégation de tâche. Nous aborderons ensuite la consultation infirmière de suivi à travers l'analyse comparée de l'expérience du CIO Centre et du CIO d'Orléans afin de dégager les intérêts et limites des dispositifs mis en place. Nous terminerons ce mémoire par nos préconisations pour sanctuariser les protocoles de coopération en chirurgie bariatrique.

1 État des lieux de l'obésité en France : Une maladie chronique dont l'essor a entraîné celui de la chirurgie bariatrique, des centres

spécialisés de l'obésité (CSO) et des protocoles de coopération avec délégués de tâches

1.1 Définition de l'obésité : une maladie chronique multifactorielle

L'OMS¹ considère depuis 1997, l'obésité² comme une maladie chronique et la définit comme "une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé".

Le développement et la progression de l'obésité trouvent souvent son origine dans des facteurs alimentaires, génétiques, épigénétiques et environnementaux, (Inserm).

Les déterminants de l'obésité sont multiples. On peut notamment citer : le mode d'alimentation, l'accroissement de la sédentarité, les prédispositions génétiques, l'hérédité (un individu a deux à huit fois plus de risque d'être obèse lorsque des membres de sa famille le sont eux-mêmes), l'environnement et cadre de vie (manque ou qualité de sommeil, usage abusif des écrans, irrégularité des repas, travail de nuit, stress...), la consommation de certains médicaments et la composition du microbiote intestinal

A la lecture de ces éléments il est aisé de comprendre que l'obésité est une maladie chronique dite « complexe » qui soulève des enjeux divers.

1.2 Enjeux de santé et de dépense publiques en France de l'obésité

1.2.1 Enjeu de santé publique

Selon le ministère de la santé et des solidarités³, en France, 17 % des adultes sont obèses, soit 8 millions de personnes. La proportion des personnes considérées en obésité sévère (IMC supérieur à 40), atteint plus de 500.000 adultes. Mais derrière ces chiffres se cachent de fortes inégalités à caractère social. Ainsi, dès l'âge de six ans, les enfants d'ouvriers (16 % en surcharge pondérale et 6 % obèses) sont 4 fois plus touchés par l'obésité que les enfants de cadres (7 % en surcharge pondérale et 1% d'obèses).

¹ https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/fr/

² obésité : indice de masse corporelle (IMC = poids/taille²) supérieur à 30.

³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/priorite-prevention-les-mesures-phares-detaillees/article/obesite-prevention-et-prise-en-charge>

L'obésité, en augmentation sous les formes les plus sévères, s'avère être le reflet des inégalités territoriales et sociales de santé, ainsi que des inégalités d'accès ou d'utilisation des soins (notamment en matière de chirurgie).

1.2.2 Enjeu de dépense publique

Selon la feuille de route ministérielle de l'obésité 2019-2022⁴ : « le coût pour l'assurance maladie de la prise en charge des personnes en situation d'obésité s'élèverait à 2,8 milliards d'euros pour les soins de ville et à 3,7 milliards d'euros pour l'hôpital ». Cette étude chiffre le coût social de la surcharge pondérale à 20 milliards d'euros soit 1% du PIB français en 2012.

La Cour des comptes a réévalué ce coût à hauteur de 21,9 milliards d'euros pour 2014, représentant une part de l'obésité dans l'ONDAM de 2014 de plus de 6,4%.

Ceci explique la raison pour laquelle la lutte contre l'obésité est également un enjeu prioritaire pour la maîtrise de la dépense publique.

De plus, si l'obésité ne figure pas au tableau des affections longues durées, ses complications en sont souvent constitutives (par exemple le diabète de type 2) .

Enfin, les coûts de l'ONIAM liés à la sinistralité déclarée de la chirurgie bariatrique peuvent aussi être inclus dans la charge sociale liée à l'obésité (information donnée dans le rapport de l'Inspection Générales des Affaires Sociales (IGAS) mais non chiffrée).

Une prise en charge adaptée s'avère ainsi indispensable pour abaisser la charge sanitaire, sociale et financière de l'obésité.

1.3 La prise en charge de l'obésité : une prise en charge complexe

1.3.1 Une prise en charge curative complexe marquée par une hausse constante de la chirurgie de l'obésité

La prise en charge de l'obésité nécessite une approche multisectorielle et pluridisciplinaire :

- Lien secteur hospitalier / secteur libéral (médecin traitant, pour premiers traitements, diagnostic, adressage, suivi par exemple)
- Intervention médecins / paramédicaux (diététicienne, kinésithérapeute etc.)
- Implication de diverses spécialités (chirurgie, nutrition, psychiatrie, endocrinologie etc.).

⁴ lettre trésor-éco n°179 de septembre 2016

Focus sur la chirurgie de l'obésité

Le nombre d'interventions chirurgicales a été multiplié par 20 entre 1997 et 2016 pour atteindre 59 300 interventions en 2016, soit une progression du taux d'hospitalisation de 0,5 à 8,9 séjours pour 10 000 personnes sur la même période. Elle concerne en premier lieu les femmes et la moyenne d'âge des patients est de 41,6 ans.⁵

Elle est réservée prioritairement aux cas d'obésité les plus graves ou associés à des comorbidités (diabète, apnée du sommeil ...) en raison des risques qu'elle comporte pour la survie.

Plusieurs types de chirurgie sont possibles et visent toutes à restreindre l'absorption des aliments pour diminuer l'apport calorique (Annexe 3)

Il convient de rattacher aux opérations ayant pour but l'amaigrissement, les opérations dérivées ou connexes lorsque la chirurgie initiale nécessite des modifications ou des adaptations (bypass biliopancréatique, interventions pour modification, révision, ablation des matériels implantés).

1.3.2 Une prise en charge dont la pertinence suscite des interrogations

⇒La pertinence des actes

La HAS recommande de ne réaliser des interventions chirurgicales que dans certains cas⁶, rappelant que la chirurgie est un traitement de seconde intention de l'obésité (après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois) et ne peut concerner que les patients dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur ou égal à 40 kg/m², ou dont l'IMC est supérieur ou égal à 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie.

L'IGAS dans son rapport de 2018 semble suspecter que certaines interventions n'ont pas lieu d'être⁷, du fait du niveau de recours à la chirurgie français supérieur à celui de ses voisins, d'un taux élevé de refus de prise en charge, de pratiques différentes selon les régions, les établissements et les chirurgiens.

⁵ Etudes et Résultat de la DREES, février 2018, n°1051 « Chirurgie de l'obésité, 20 fois plus d'intervention depuis 1997 »

⁶ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3106678/fr/chirurgie-de-l-obesite-la-has-est-defavorable-au-remboursement-du-bypass-gastrique-en-omega

⁷ Rapport de l'IGAS, n°2017-059R tome 1 p30-31

1.3.3 Une prévention à développer

Tous les rapports et recommandations des hautes instances convergent : la prévention est insuffisamment développée en France en général et notamment en ce qui concerne la prise en charge de l'obésité.

Il existe une volonté gouvernementale de décliner les axes de la prise en charge de l'obésité tant au plan de la prévention⁸ que de sa chirurgie.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle ce premier plan a été renforcé dans sa composante prévention par la feuille de route « prise en charge des personnes en situation d'obésité 2019-2022 ».

C'est aussi une prise en charge à long terme voire à vie (prévention tertiaire) comme le mentionne l'IGAS pour les suivis post opératoires afin d'éviter les complications et les risques de récurrences.

Le suivi post-opératoire a été qualifié de non approprié ou d'inexistant pour une partie importante de patients : l'IGAS préconise de mettre un « accent particulier (..) sur les moyens d'améliorer le suivi post opératoire des patients (coordination, délégation de tâches, télémédecine, outils connectés...) en se donnant la possibilité d'évaluer leur efficacité clinique et médico-économique ».

De nombreux intervenants peuvent assurer ce suivi, notamment les membres de l'équipe de chirurgie bariatrique également partie d'un CSO/CIO.

La consultation infirmière intervenant dans le cadre d'un protocole de délégation de tâches prend ici tout son intérêt.

1.4 Les CSO – CIO : acteurs clés de la fluidification et coordination de la prise en charge

1.4.1 Les centres spécialisés

Depuis 2001, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) lutte contre l'augmentation du surpoids et de l'obésité en France, notamment par la mise en place de centres spécialisés dans l'obésité:

L'ARS a identifié 37 centres spécialisés⁹ pour la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère et pour l'organisation des filières de soins dans les régions. Ils ont été

⁸ La stratégie nationale de santé a été déclinée en ce sens par un plan « Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie » en 2018, axé sur priorité à l'alimentation, la nutrition et l'activité physique.

⁹ Liste des 37 centres spécialisés et intégrés, consulté le 15/05/2020, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_obesite_-_liste_des_centres_specialises_et_integres-2.pdf

désignés dans les différentes régions en tenant compte de la prévalence des troubles, ce qui explique que certaines régions comprennent davantage de centres.

Les centres spécialisés¹⁰ interviennent en recours régional de 3^{ème} niveau pour les situations les plus complexes et les soins spécifiques et ont pour mission l'organisation d'une coordination territoriale, en lien avec l'ensemble des professionnels et les patients.

Ils disposent de l'expertise (nutrition, endocrinologie-métabolisme, psychologie, diététique...) et des équipements adaptés requis pour l'accueil des cas les plus difficiles tant en médecine qu'en chirurgie (équipements de soins et de chirurgie spécifiques) et collaborent étroitement avec des spécialités clés de la prise en charge.

Ces centres spécialisés contribuent à organiser la coordination avec les acteurs du deuxième recours, notamment les chirurgiens, la médecine ambulatoire, les établissements autorisés en soins de suite et de réadaptation (SSR), les associations et les acteurs du médico-social.

Au sein des centres spécialisés¹¹, la coopération est formalisée par des procédures de prise en charge entre les différentes unités du centre, conformes aux recommandations définies par la HAS.

La prise en charge par la caisse d'assurance maladie de la chirurgie implique le respect total d'une procédure d'entente préalable. Celle-ci requiert notamment la vérification des critères d'indications opératoires qui sont étudiés dans le cadre de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) réunissant les intervenants (médecins nutritionnistes, chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, pédiatres, psychologues, psychiatres, diététiciens).

Afin de renforcer l'intégration territoriale, le centre spécialisé déploie une démarche de coordination (réunions, formations, écriture de documents partagés) avec la médecine de ville (généralistes, pédiatres, spécialistes), les réseaux de type REPOPOP (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique), les associations, les acteurs du champ social et médico-social, les établissements de santé prenant en charge des patients obèses qu'ils soient autorisés en médecine, chirurgie, obstétrique, en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en soins de longue durée(USLD).

¹⁰ Plan obésité : les 37 centres spécialisés, consulté le 15/05/2020, <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/plan-obesite-les-37-centres-specialises>

¹¹ Instruction DGS/DGOS du 29 juillet 2011, consulté le 15/05/2020, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_PNNS_PNO_ARS_juillet2011.pdf

1.4.2 Les centres intégrés¹²

5 centres intégrés de recours supra régional et/ou national ont été désignés par la DGOS.

Les centres intégrés développent les spécificités suivantes¹³ :

- Des actions de formation, d'enseignement et de recherche de caractère hospitalo-universitaire (recherche thérapeutique sur les nouvelles procédures de traitement médical et chirurgical, en lien avec un centre de recherche de nutrition humaine, un centre de recherche ou une unité de recherche universitaire ou institutionnelle labellisée).
- La prise en charge des maladies rares, des syndromes génétiques, des obésités syndromiques, des situations médico-chirurgicales complexes et un accès aux expertises correspondantes (par exemple unité de génétiques)
- Une offre d'exploration très spécialisée : des équipements d'imagerie adaptés
- Un lien avec une structure pédiatrique spécialisée dans l'obésité
- Une activité d'enseignement universitaire (DU, DES, DESC en rapport avec l'obésité)

Si les réflexions autour de la prise en charge de l'obésité ont pu aboutir à la création des CSO/CIO, Elles s'inscrivent dans un contexte plus global marqué par des incitations fortes des pouvoirs publics à renforcer la coopération et la coordination des acteurs de santé face aux défis actuels du système de santé

2 Les coopérations entre professionnels de santé et la mise en place de protocoles via le mécanisme de la délégation de tâches

2.1 Les coopérations entre professionnels de santé : vers le protocole

2.1.1 Historique

Dans la continuité des travaux du professeur Yvon Berland recherchant des solutions au problème de la raréfaction des ressources médicales^{14 15}, la loi d'orientation en santé

¹² Plan obésité : les 5 centres intégrés, consulté le 15/05/2020, <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/plan-obesite-les-5-centres-integres>

¹³ Instruction DGS/DGOS du 29 juillet 2011, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_PNNS_PNO_ARS_juillet2011.pdf

¹⁴ BERLAND Yvon Mission démographie médicale hospitalière, La Documentation française, 2002.

¹⁵ BERLAND Yvon Coopération des professions de santé: le transfert de tâches et de compétences, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes, Octobre 2003

publique du 9 août 2004¹⁶ a autorisé la dérogation temporaire dans un cadre expérimental avec des transferts de compétences entre les praticiens médicaux et les autres professionnels de santé. L'ONDPS a encadré les cinq premières expérimentations de 2005. Des dispositions législatives et règlementaires ont suivi pour étendre et encadrer d'autres coopérations. Et une étape importante doit être relevée en 2008 quand la HAS s'est saisi du sujet conjointement avec l'ONDPS¹⁷, les deux organismes appelant à plus de coopération qu'il s'agisse de répartition de tâches existantes (substitution) ou de nouvelles tâches (diversification).

La loi HPST s'inscrit dans l'épure de ces réflexions¹⁸ en permettant de sortir du cadre expérimental pour pérenniser le dispositif formalisé par un protocole de coopération – qui est encore largement celui en vigueur. Ce protocole se définit comme une modalité légale, dérogatoire et non contraignante de transfert d'actes et d'activité de soins entre professionnels de santé qui s'appuie sur l'engagement de professionnels volontaires, et qui décrit la façon dont sera organisé le mode d'intervention auprès du patient.

Certains protocoles de coopération, se sont vu reconnaître une réussite certaine tel que le suivi global de patients chroniques par les infirmiers dans le cadre de l'Association de santé libérale en équipe (ASALEE). Mais des protocoles de délégation ont également été autorisés au niveau hospitalier, permettant à des infirmières de suivre des patients atteints d'obésité, notamment pour les suites de la chirurgie bariatrique. Et c'est dans cette optique que le protocole de coopération intitulé « *consultation infirmière de suivi de patient bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité, avec prescription de médicaments en lieu et place du médecin* » a été présenté par l'équipe du centre spécialisé de l'obésité de la Pitié-Salpêtrière, puis validé par la HAS en 2013 (Annexe 4).

Par ailleurs, la LMSS définit le cadre légal de l'exercice en pratique avancée, nouveau mode de coopération (distinct du protocole de coopération). Et plus récemment, le dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé, initié en 2009 par la loi HPST, a été rénové et simplifié par la loi du 24 juillet 2019 d'organisation et de transformation du système de santé (OTSS)¹⁹. Elle maintient le caractère volontaire de ces protocoles

¹⁶ Article 131 de la loi du 9 août 2004 (annexe n° 1.2) relative à la politique de santé publique

¹⁷ HAS « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », Recommandations de la HAS en collaboration avec l'ONDPS, avril 2008

¹⁸ Article 51 de la loi du 21 juillet 2009 (HPST)

¹⁹ Article 66 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

2.1.2 Quelques règles applicables aux protocoles

Les protocoles de coopération font l'objet d'une double validation par arrêté du directeur général de l'ARS, après avis conforme de la HAS, qui peut décider d'étendre un protocole à l'ensemble du territoire national²⁰. En outre, l'obtention des financements est soumise à l'avis du Collège des financeurs. Toutefois, en application de la loi OTSS, le décret du 21 février 2020²¹ refond le dispositif des protocoles de coopération interprofessionnelle, en distinguant notamment les projets nationaux des projets locaux (n'ayant pas vocation à être déployés au niveau national), et en créant le comité national des coopérations interprofessionnelles en charge du pilotage des protocoles nationaux (et qui intervient donc dans la validation de ces derniers).

Relevons qu'après leur validation, les protocoles peuvent être intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé.

Les professionnels de santé qui veulent adhérer à un protocole doivent se faire enregistrer auprès de l'ARS et les patients pris en charge dans ce cadre doivent être informés du protocole instauré. Afin de s'assurer de la fiabilité de cette modalité de coopération, les protocoles sont évalués à l'aide d'indicateurs validés par le Directeur général de l'ARS²².

La décision de mettre fin à un protocole autorisé peut être prise dans plusieurs cas: le besoin de santé constaté lors de l'autorisation du protocole n'est plus avéré ; le suivi des indicateurs n'est pas concluant ou des difficultés d'application ont été signalées par les professionnels de santé concernés ; en cas d'avis émis en ce sens par la HAS.

2.1.3 Bénéfices attendus des coopérations

Qu'il s'agisse des protocoles de coopération ou de la pratique avancée, l'objectif de ces dispositions est de privilégier une pratique pluridisciplinaire. Cette démarche décloisonnée doit permettre de relever les enjeux actuels du système de santé et de générer plusieurs bénéfices tant pour le patient que pour les professionnels de santé²³, ainsi il s'agit :

- **D'améliorer la prise en charge des patients tant en termes d'accès aux soins que de continuité et de coordination des soins.** Par une approche interprofessionnelle,

²⁰ Selon les termes de l'article L. 4011-2 du Code de la santé publique

²¹ Décret du 21 février 2020 relatif au fonctionnement du comité national des coopérations interprofessionnelles et des protocoles nationaux

²² Arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin

²³ GUIGANTI M., La notion d' « auxiliaire médical » et la mutation de la profession infirmière, RDSS, juillet – août 2017

les coopérations vont ainsi permettre de mieux appréhender les besoins des patients souffrant de maladies chroniques.

- **Recentrer l'activité des professionnels médicaux sur leurs missions essentielles et libérer du temps médical** en autorisant d'autres professionnels à effectuer certaines tâches pour lesquelles ils seraient formés et auraient acquis des compétences.

C'est dans cette optique que la Cour des comptes encourage le développement des protocoles « article 51 » entre médecins et infirmières afin de lever les tensions liées à la prise en charge d'un nombre croissant de patients atteints d'obésité.

Par ailleurs, le rapport 2014 de la commission des affaires sociales du Sénat²⁴ alerte sur le fait qu'il ne s'agit pas de transférer un bloc d'activités chronophages : Celles-ci, qui concernent généralement des examens répétitifs ou un suivi, sont essentielles pour la prise en charge du patient, en lien étroit avec la détermination du diagnostic et la mise en place d'un traitement. Tout protocole de coopération suppose la mise en place de nouvelles procédures d'échanges d'information et de prises de décision au sein des équipes l'ayant déployé.

- **Donner des perspectives de carrières aux professionnels paramédicaux.**

Par la délégation de tâches et l'acquisition de nouvelles qualifications, les protocoles doivent donner des perspectives d'évolution du rôle des professionnels de santé en matière de soins, susceptibles de renforcer leur motivation et leurs perspectives de carrières. Tout comme le dispositif IPA, ils doivent favoriser, aussi l'émergence d'un niveau de qualification intermédiaire entre les auxiliaires médicaux et les professions médicales.

- **Lutter contre les déserts médicaux**

Pour compenser les insuffisances de la présence médicale sur le territoire, la coopération permet de confier aux autres professionnels du soin, des tâches qui sont normalement dévolues aux médecins²⁵. Toutefois, ce recours reste limité du seul fait qu'il ne saurait véritablement compenser l'absence de professionnels dans les zones sous-dotées²⁶.

²⁴ Rapport d'information du Sénat sur la coopération entre professionnels de santé, janvier 2014

²⁵ CASTAIGNE Sylvie et LASNIER Yann, Les déserts médicaux, Avis du CESE, Décembre 2017

²⁶ Rapport d'information du Sénat sur la coopération entre professionnels de santé, janvier 2014

2.2 La délégation de tâche en santé : la base juridique du protocole de coopération

Le mécanisme du protocole de coopération instauré par loi HPST repose sur le mécanisme juridique de la délégation de tâches bien distinct de la notion de transfert de compétence.

2.2.1 Délégation de tâches et compétence

La notion de compétence traduit la capacité d'un professionnel à combiner ses ressources propres pour agir dans une situation précise. Si une compétence ne peut se transmettre, elle peut s'élargir grâce à des formations complémentaires qui peuvent concourir à la création de nouveaux métiers (comme c'est le cas pour les IPA). Avant la Loi HPST, tout professionnel de santé qui effectuait des actes de soins ne relevant pas de sa compétence professionnelle (attestée par un diplôme), était susceptible de se voir condamné pour exercice illégal de la profession à laquelle ces actes de soins étaient réservés.

Depuis la mise en œuvre de l'article 51 de la Loi HPST, une tâche médicale peut se déléguer sans qu'il y ait besoin, dans le principe juridique, de l'acquisition d'une compétence élargie. Certains s'en sont d'ailleurs émus dans la revue de droit médical du 19 septembre 2010 ²⁷, lors de la parution de ce texte de loi, codifié notamment aux articles L 4011-2 et L 4011-3 du code de la santé.

Est-ce à dire que la délégation de tâches pourrait être mise en œuvre indépendamment de toute compétence avérée puisqu'elle n'implique aucunement la possession d'un diplôme idoine ? Il faut préciser que si, en théorie, tel pourrait être le cas, en pratique, l'ARS a compétence pour valider ou non un protocole de coopération. En outre, le délégant est responsable du choix du délégué, ce qui contribue aussi à sécuriser le dispositif.

2.2.2 La délégation de tâches et la responsabilité des professionnels

La délégation de tâches est assimilable à un transfert des tâches antérieurement réalisées et réservées à une catégorie de professionnels vers une autre catégorie de professionnels. Dans notre étude, il s'agit du transfert des médecins vers les infirmiers. Les tâches déléguées dans le cadre d'un protocole de coopération sont alors confiées dans leur totalité, y compris en

²⁷ « Une fois un protocole signé, il ne pourra pas être reproché aux signataires d'exercer illégalement une profession. Peu importe leur compétence, ils auront obtenu l'autorisation d'agir. Un professionnel de santé qui pourra se prévaloir de connaissances et d'une expérience aura la possibilité, sous couvert d'un protocole et d'une espèce de cooptation, d'effectuer des actes de soins pour lesquels la loi ne lui reconnaissait pas la "compétence" jusque-là. »

termes de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation de celles-ci.

Toutefois, la délégation protocolisée ne s'accompagne pas d'un transfert total de responsabilité. En effet, si le délégué (infirmier) est responsable professionnellement des actes ou tâches qu'il s'est vu attribuer par le (médecin) délégant, celui-ci reste responsable de sa décision de déléguer à tel ou tel professionnel de santé. Il est important de souligner que les infirmiers n'ont pas la possibilité légale d'établir des ordonnances en leur nom ; l'utilisation des ordonnances avec le numéro RPPS du médecin reste la règle. On conçoit dès lors l'importance de fixer dans le protocole de coopération des règles d'encadrement de la délégation de tâches très strictes, règles qui ne peuvent se substituer à une nécessaire confiance professionnelle réciproque.

Enfin, soulignons que la délégation est nominative donc personnelle : la pérennité peut dépendre de la permanence de la participation de ceux qui ont adhéré au départ.

En outre, le recrutement de nouveaux praticiens sous-tend que ceux-ci doivent alors valider leur délégation à des protocoles préexistants, leur adhésion n'étant pas automatique. Ce formalisme est pesant dans les secteurs à turn-over important.

3 Analyse comparée de deux expériences de terrain : les consultations infirmières du CIO-IDF Centre et du CSO d'Orléans

3.1 La consultation infirmière de suivi de patient après chirurgie de l'obésité de la Pitié Salpêtrière

Devant l'augmentation du nombre de patients opérés, le CIO a élaboré un protocole de coopération : « la nécessité de construire le projet avec les infirmières s'est imposée naturellement ». Dès septembre 2012, le médecin (nutritionniste-endocrinologue) chef de service a pris en charge la responsabilité de construire le dossier de coopération. La mise en place effective de la consultation a eu lieu en janvier 2015. En effet, comme nous l'ont transmis les professionnels « le dossier à déposer à l'ARS nécessite un temps important quant à son élaboration, l'investissement d'une chef de clinique référente du projet et d'un cadre de santé a été nécessaire ». Ce protocole a été le premier mis en place en France en matière de suivi post-bariatrique suite à sa validation par la HAS. Le protocole de coopération intitulé « **consultation infirmière de suivi de patient bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité, avec prescription de médicaments en lieu et place du médecin** » permet à des infirmières, formées au suivi des patients en post chirurgie bariatrique, de poser

un diagnostic médical, d'interpréter des résultats d'examens de laboratoire et de prescrire des vitamines et des micronutriments.

Deux infirmières, affectées dans le service de nutrition d'hospitalisation de jour ont pris en charge ces consultations du fait de leur expertise reconnue dans le domaine de la chirurgie bariatrique. En effet, une infirmière était présente depuis 20 ans et l'autre depuis 12 ans dans ce service. Ces deux infirmières avaient été préalablement formées : l'une a réalisé un DU d'éducation thérapeutique du patient et l'autre un DU Obésité et prise en charge en chirurgie bariatrique/obésité génétique.

Le protocole de coopération a pointé un besoin d'un temps plein d'IDE, mais le projet a été fait à moyen constant. La consultation infirmière se déroulait au sein du service d'hospitalisation de jour sous forme d'une consultation autonome. Les infirmières, au regard de l'analyse des examens du patient, pouvaient prescrire certains compléments nutritionnels. Elles pouvaient également programmer une hospitalisation en cas de complications et recourir à un médecin en cas de besoin. La consultation infirmière intervenait sur un créneau de 11h30 à 12h30 voire 13h.

3.2 Intérêts et limites du dispositif du CIO de la Pitié

3.2.1 Intérêt majeur : l'extension de l'expérimentation à d'autres territoires

Le protocole de coopération du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière mis en place pour le suivi des patients en post chirurgie bariatrique a fait l'objet d'une évaluation positive en 2016²⁸ concluant à un suivi des patients facilité avec l'objectif de 50 patients par an dépassé chaque année, un taux de satisfaction de 100% pour toutes les parties prenantes (délégants, délégués, patients), et une sécurité des soins assurée. Cette satisfaction a été confirmée par les professionnels lors des entretiens qu'ils ont pu nous accorder.

Ce protocole de suivi en consultation infirmière en post chirurgie bariatrique a été déployé au niveau national et repris par d'autres CSO-CIO. Le questionnaire lancé dans le cadre du MIP révèle que sur 25 CSO-CIO répondants, 4 seulement ont mis en place ce protocoles, entre 2016 et 2019 avec une satisfaction identifiée sur la libération du temps médical, une diminution des perdus de vue, une meilleure adhésion du patient au parcours, et une meilleure coordination du parcours patient (avec la ville).

²⁸ ARON-WISNEWSKY Judith et alli., Les coopérations professionnelles, 2016

Le questionnaire a révélé que d'autres CSO – CIO seraient intéressés par cette coopération, et sembleraient « preneurs » de toute aide pour déployer le dispositif, ce qui souligne sa pertinence par les acteurs de terrain.

3.2.2 Les limites

Le temps infirmier dans le cadre du protocole est un temps aménagé plus que dédié dans l'organisation, les IDE se libèrent de l'HDJ pour effectuer leur consultation sur le temps de repas. Au début du protocole le temps infirmier en HDJ était plus important du fait de la présence de 3 IDE. Le passage à deux IDE du fait d'un arrêt longue maladie a réduit de facto la disponibilité des IDE pour les consultations. Comme nous l'ont transmis les IDE « n'ayant plus de temps pour les consultations, on n'en fait plus ». Le protocole est effectivement interrompu depuis fin 2018.

Un autre problème concernant la consultation infirmière réside dans la valorisation financière de cette activité. Les IDE cotaient un acte infirmier (soit un AMI 4, environ 12 euros). Cette ressource est insuffisante, car elle ne permet pas de rentabiliser l'activité, en tout cas pas à la hauteur d'une consultation de référence à 25 euros. La CNAM a été sollicitée mais ces échanges n'ont pas permis d'aboutir à la création d'une valorisation spécifique en dehors de l'AMI. La Cour des comptes, analysant le dispositif de la Pitié, relevait que l'activité « déléguée » ne rentre dans aucune cotation et n'est donc pas valorisée pour l'hôpital, tandis que les ressources infirmières doivent l'imputer sur leur temps d'activité habituel.

Un frein dans la continuation du protocole, apparu secondairement, réside dans le fait que les IDE n'étaient pas habilitées à signer les prescriptions. En effet, dans le protocole les IDE ont l'autorisation de prescrire en lieu et place du médecin mais elles n'étaient pas habilitées à signer les prescriptions du fait qu'elles n'avaient pas de numéro RPPS. La règle a donc été de faire contresigner la prescription par le médecin.

3.3 La consultation de suivi du CSO d'Orléans

Cette consultation de suivi a été instaurée en 2017 suite au protocole mis en place à la Pitié Salpêtrière et a été adaptée aux besoins du territoire et de la structure.

La consultation est prise en charge par une seule infirmière formée à l'éducation thérapeutique du patient, à l'entretien motivationnel, aux techniques d'accompagnement du patient, titulaire d'un diplôme universitaire de prise en charge de l'obésité.

Le temps de suivi infirmier est passé de 40% au départ pour aboutir à 80% actuellement sans financement de ce temps, ce temps a pu être obtenu en mesurant le taux de satisfaction des délégués, du délégué et des patients. La consultation infirmière se déroule dans le cadre de consultations externes. Le patient vient à la consultation avec ses résultats sanguins, et l'IDE adapte la thérapeutique par voie per os ou en IV si besoin en programmant une HDJ. Les ordonnances sont signées par l'IDE en son nom pour le médecin délégué avec le numéro RPPS du médecin délégué.

La consultation IDE est cotée comme une consultation médicale avec le matricule du médecin délégué.

Le parcours du patient est très encadré et il est structuré dans un livret remis au patient qui entre dans le processus (exemple en annexe 6).

Dans ce parcours, la répartition des tâches est clairement définie, ce qui permet à l'IDE de se positionner. Elle participe aux RCP pré-opératoires afin de connaître les patients, leurs parcours et difficultés éventuelles. Puis elle suit les patients en post-opératoire. Le médecin voit le patient au bout de 6 semaines après l'intervention, puis l'infirmière poursuit le protocole en le voyant en post-opératoire à 3 mois. La première année le patient est vu tous les 3 mois en alternance IDE et médecin. A partir de la deuxième année, l'alternance se poursuit, mais tous les 6 mois, jusqu'à 5 ans après l'opération.

3.4 Intérêts et limites du dispositif du CSO d'Orléans

3.4.1 Intérêts

La région étant particulièrement touchée par le désert médical, la consultation infirmière a permis de libérer du temps médical et de raccourcir les délais de consultation post-opératoire. La consultation de suivi permet un suivi plus régulier et limite les carences des patients, ainsi que les perdus de vue. En effet, si le patient rencontre des difficultés, la consultation infirmière est plus accessible en termes de délais que la consultation médicale.

Les patients sont très satisfaits de ces rendez-vous tous les 3 mois la première année et tous les 6 mois les années suivantes.

3.4.2 Les limites

Actuellement une seule personne assure les consultations, donc il n'y a pas de consultations lorsqu'elle est absente. Comme nous l'a indiqué la coordonnatrice du CSO « Le questionnement se fait actuellement sur le besoin de former une autre personne via un DU au cas où l'IDE viendrait à partir mais pour l'instant la prise en charge de l'obésité n'attire

pas mais malgré tout il n'y pas de temps actuellement disponible pour former une autre IDE ».

Pour l'instant ce poste n'est pas pérenne, il faut démontrer l'activité chaque année pour permettre de valider cette consultation au travers du suivi d'indicateurs : le nombre de consultations, le suivi des évènements indésirables, le taux de reprise, les perdus de vue. Le contexte actuel de désertification médicale concourt au fait de maintenir le poste.

Le problème de reconnaissance financière, « la prime de coopération n'est pas à la hauteur de l'investissement », et le problème de reconnaissance statutaire a « sûrement un impact sur le manque de candidats ».

3.5 Synthèse : une consultation qui démontre sa pertinence, mais fragile

Les deux consultations infirmières ne sont pas si différentes, même si l'une ne fonctionne plus à ce jour. Ainsi, des éléments communs permettant de solidifier la délégation se dégagent : un réel bénéfice pour le patient, un gain de temps médical, la structuration forte du parcours, l'implication pluridisciplinaire des équipes, l'acceptation et la reconnaissance du rôle de l'infirmière déléguée et la clarté des fonctions déléguées,

Le maintien de la consultation de suivi d'Orléans semble tenir à des points particuliers :

- le fonctionnement même du protocole, qui permet à ceux qui reprennent un protocole d'avoir moins de lourdeurs administratives que le primo-rédacteur : Orléans a bénéficié de l'apport initial de la Pitié.
- Une volonté institutionnelle de maintenir ce dispositif non financé en l'état dans une optique de prise en charge diversifiée
- Le désert médical renforce la nécessité d'un tel protocole.

Des problèmes redondants peuvent être analysés :

Si l'une des consultations perdure, elle n'en est pas moins fragile du fait du problème du temps dédié à cette consultation, qui n'est pas intégralement financé et son maintien dépend de la volonté propre d'une structure. Ce problème est commun à toutes les coopérations. D'ailleurs, pour les CSO ayant répondu à notre enquête, l'absence de temps dédié infirmier est la première raison pour laquelle ils n'ont pas lancé ce dispositif de consultation de suivi infirmier suivi en second par les problèmes de financement^[1] (Annexe 2).

La question de la cotation des actes peut sembler de moindre importance sur le plan financier, mais engendre de facto un problème technique (résolu pour Orléans, contourné pour la Pitié), qui ne trouve pas de solution applicable à tous les territoires. La valorisation de l'acte infirmier de consultation demande à être réfléchi.

Les deux consultations rencontrent les mêmes problèmes de temps dédié et de financement et ces problèmes sont rencontrés par toutes les coopérations.

De plus, la question de signature des ordonnances est un problème non résolu car les IDE ne disposent pas de numéro RPPS.

4 Les pistes de solution pour « sanctuariser » et étendre les protocoles de coopération en chirurgie bariatrique

Les expériences des consultations de suivi étudiées présentent des éléments pouvant servir de base aux autres protocoles de coopération. Toutefois, il convient de relever que les coopérations continuent à susciter la méfiance des paramédicaux et des médecins^{29, 30}; à titre d'illustration dans un communiqué de mi-janvier 2020, la Conférence nationale des unions régionales des professionnels de santé (CN des URPS) de médecins libéraux dénonçait "une délégation de diagnostic" dans cinq protocoles de coopération proposés.³¹

Les pistes de solution envisagées ci-après ne doivent pas faire oublier le facteur humain, c'est-à-dire la confiance entre professionnels, nécessaire à toute coopération.

Dans son avis de 2017 sur les déserts médicaux, le CESE s'inquiétait du faible nombre de protocoles locaux validés par la HAS depuis 2010. En effet, le bilan de la HAS 2010-2018 sur les protocoles de coopération³² décompte seulement 58 avis favorables sur 141 proposés. En outre, le nombre de protocoles proposés a diminué de 2012 à 2016. Le domaine de la prise en charge de l'obésité ne fait pas exception à ce constat comme le relève le rapport

²⁹ Enquête du Bulletin n°59 du SNPI CFE-CGC, décembre 2012

³⁰ MASSIN S. et alii., Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers, DREES, février 2014

³¹ Dans un communiqué de mi-janvier, la conférence nationale juge que les protocoles "proposés ces derniers mois" présentent des "déviations" car les protocoles acceptés par la HAS avaient jusqu'alors concerné "des transferts de gestes purement techniques dans des pathologies identifiées", des "transferts de soins", la "confirmation du diagnostic suspecté par le médecin" ou encore "le suivi de pathologies connues".

³² HAS, Coopération entre professionnels de santé (art.51 loi HPST), Bilan 2010-2018

2019 de la Cour des comptes³³. Plusieurs dispositifs appuient les coopérations en général, et peuvent être envisagées spécifiquement dans le domaine bariatrique.

4.1 Les aménagements des coopérations par la loi OTSS pour faciliter la mise en place et l'extension des protocoles d'un point de vue procédural

La loi OTSS acte des difficultés rencontrées par les protocoles de coopération, et cherche à les optimiser : cela devrait permettre de les développer une fois passé l'épisode de crise liée au COVID.

De façon générale, le développement des protocoles de coopération est freiné par une rédaction très chronophage ainsi que par une procédure lourde et fastidieuse (validation par l'ARS puis par la HAS)³⁴. Ce constat s'applique au protocole étudié ici puisque notre enquête auprès des CSO de France a révélé que les complexités administratives figurent ainsi comme l'une des premières raisons pour lesquelles la consultation infirmière n'a pas été lancée en dépit de l'intérêt reconnu à ce dispositif. Un des CSO a même reconnu avoir mis en œuvre une consultation de suivi infirmier en dehors du protocole « en raison de la lourdeur administrative à mettre en œuvre » (Annexe 2)³⁵.

Ce même constat est réalisé côté HAS pour laquelle l'instruction des dossiers « article 51 de la loi HPST » nécessite une charge conséquente en ressources humaines (mobilisation d'experts) et des délais de réponse importants³⁶

Le caractère figé des protocoles, leur limite aux disciplines ou pathologies qu'ils mentionnent restreignent ainsi le travail coopératif à des initiatives spécifiques³⁷

Ainsi, la loi OTSS vise à simplifier les coopérations pour « faciliter de nouvelles modalités de partage d'activités entre professionnels de santé » via 3 axes :

- Pour alléger le formalisme du dispositif des protocoles de coopération, le décret d'application du 21 février 2020³⁸ permet l'autorisation de protocoles nationaux par arrêté du ministère des solidarités et de la santé.

³³ Cour des comptes, « La difficulté à suivre un nombre important et croissant de patients devrait conduire à développer les délégations de tâches [...] entre médecins et infirmières, fondées sur l'article 51 de la loi hôpital, patient, santé et territoires (HPST) de 2009 [...]Ce levier est cependant insuffisamment utilisé. »

³⁴ CASTAIGNE Sylvie et LASNIER Yann, Les déserts médicaux, Avis du CESE, Décembre 2017

³⁵ EMMANUELLI Julien et alli., Situation de la chirurgie de l'obésité, IGAS, janvier 2018

³⁶ HAS, Coopération entre professionnels de santé (art.51 loi HPST), Bilan 2010-2018

³⁷ BRISSY Stéphane, 2006-2026 : la réorganisation des professions de santé, JDSAM, janvier 2017

³⁸ Décret du 21 février 2020 relatif au fonctionnement du comité national des coopérations interprofessionnelles et des protocoles nationaux

- Le comité national des coopérations interprofessionnelles et des protocoles nationaux pourra proposer une liste de protocoles nationaux et appuiera les professionnels de santé dans leur élaboration et dans leur modèle économique.
- Sur avis du comité national des coopérations interprofessionnelles et des ARS, certains protocoles de coopération qui avaient été autorisés lors du précédent dispositif, ont pu être réintégrés pour devenir des protocoles nationaux.

Par ailleurs, l'absence de démarche de mutualisation des projets de protocoles empêchant leur généralisation mais aussi l'absence de priorisation au niveau national des thématiques avaient été également pointées par la HAS : ce problème devrait être résolu par **un pilotage national des protocoles nationaux** matérialisé par la création d'un comité national des coopérations interprofessionnelles.

Relevons enfin qu'afin d'encourager les coopérations, la loi OTSS introduit la création d'**une prime de coopération** d'un montant brut de cent euros dès 2019 et dont les modalités pratiques sont définies dans le décret³⁹ et l'arrêté du 6 septembre 2019⁴⁰. Cette prime a été mise en place au CSO d'Orléans.

La combinaison de ces dispositions devraient permettre à d'autres CSO de reprendre plus facilement et plus rapidement les protocoles en bariatrie, notamment la consultation de suivi, mais reste le problème du financement.

4.2 Les pratiques avancées: une piste possible pour pérenniser le travail en interprofessionnalité et le parcours bariatrique

La pratique avancée est un nouveau mode d'exercice ouvert aux infirmiers en lien avec l'évolution et les besoins du système de santé français. Pour sécuriser l'évolution de ces nouvelles pratiques professionnelles au sein des protocoles initiés par l'article 51 de la loi HPST, la LMSS du 26 janvier 2016 pose le cadre juridique de ce que l'on peut appeler « la pratique avancée » pour les auxiliaires médicaux. Cet exercice en santé ouvre la possibilité

³⁹ Décret du 6 septembre 2019 portant attribution d'une prime de coopération à certains professionnels de santé exerçant dans le cadre des protocoles de coopération. les bénéficiaires sont les professionnels de santé en activité dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 (dont les établissements publics de santé font partie)

⁴⁰ Arrêté du 6 septembre 2019 fixant le montant de la prime de coopération

d'accéder, au-delà de leur métier socle, à **des activités élargies relevant habituellement des prérogatives médicales** (prescription, suivi de patients, coordination de parcours).

Les IPA obtenant un diplôme d'état d'infirmière en pratiques avancées peuvent, à ce jour, travailler dans 4 domaines reconnus et validés par le ministère des solidarités et santé dans les décrets de juillet 2018 et d'août 2019⁴¹: pathologies chroniques stabilisées / prévention et polyopathologies courantes en soins primaires; oncologie /hémato-oncologie; pathologies chroniques rénales / dialyse / transplantations rénales; psychiatrie et santé mentale.

Par ailleurs, l'arrêté du 18 juillet 2018 fixe les listes des actes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application du code de la santé publique⁴²

⇒Peut-on passer des protocoles de coopération vers les pratiques avancées ?

Nous l'avons vu, les protocoles de coopération sont très réglementés. Au cœur de ce dispositif, l'IDE doit pouvoir faire preuve d'une réelle autonomie afin de ne pas perdre l'objectif: Gagner du temps médical pour des activités médicales plus complexes. L'évolution des pratiques infirmières basées sur la confiance entre l'IDE et le médecin restent à clarifier. En outre, **les protocoles de coopération validés par la HAS au niveau national ne permettent pas à l'IDE participant à ce dispositif, de préjuger de la reconnaissance de ses compétences acquises, voire d'une expertise dans un autre contexte d'exercice.**

⇒Peut-on alors envisager d'intégrer des IPA dans les prises en charge bariatrique ?

L'émergence de ce nouveau métier nécessite **un accompagnement au niveau de toutes les strates de l'organisation des établissements publics de santé** pour une intégration réussie : ainsi au sein des GHT, le projet médico-soignant partagé doit intégrer l'IPA dans le parcours de soins. Au niveau de la Direction d'un établissement et de la Direction des soins, l'identification des besoins, des obstacles, des limites en amont du déploiement seront autant de garantie de réussite. Au niveau d'un pôle, il s'agira pour les médecins et l'encadrement de proximité de légitimer les IPA en facilitant la mise en place de nouveaux liens

⁴¹ les décrets n°2018-629 du 18 juillet 2018 et n°2019-836 du 12 août 2019 relatifs à l'exercice infirmier en pratique avancée définissent et précisent notamment les modes de coopération IDE/médecin ainsi que la contribution IPA dans les équipes

⁴²article R. 4301-3 du code de santé publique.

fonctionnels, en les intégrant dans les équipes chargées du suivi des patients de la filière. Pour cela l'aménagement d'un poste de travail, l'élaboration d'une fiche de poste sont nécessaires.

L'intégration au sein des établissements de santé de ce nouveau métier passe également par **le financement de la formation de deux ans à l'université puis par les missions précises qui seront les leurs au sein des équipes soignantes**. La grille indiciaire hospitalière que le ministère de la fonction publique prévoyait en octobre 2019 pour la rémunération des IPA est en deçà des attentes des IPA. La reconnaissance et la valorisation passent aussi par une rémunération adaptée à la hauteur des nouvelles responsabilités acquises. En effet, ils auront l'entière responsabilité des examens qu'ils prescriront et des médicaments qu'ils renouvelleront ou adapteront. Par ailleurs, l'IPA devient une personne ressource en matière de recherche. Il a pour compétence de mener des travaux de recherche qui répondent à des problématiques de terrain.

4.3 Le financement combiné au parcours et à la qualité : une opportunité pour valoriser la consultation de suivi infirmier ?

Le financement traditionnel de la T2A peine à s'appliquer à un parcours. Pour illustrer ce constat, la mise en œuvre et la définition d'un parcours des personnes atteintes d'obésité sévère se heurtent aux difficultés suivantes:

- Les consultations de diététiciens et de psychologues, nécessaires au suivi des patients, ne sont pas remboursées par l'assurance maladie;
- L'éducation thérapeutique du patient (ETP), n'est pas suffisamment développée faute de financements disponibles⁴³; même si une MIG peut être allouée en la matière⁴⁴; puis basculée dans le financement FIR. La contrainte majeure vient du fait que les ARS doivent apporter une réponse à plusieurs priorités sur un fonds à montant limitatif, particulièrement dans le domaine de la prévention. De plus, le FIR a vu sa part dans l'ONDAM diminuer à partir de l'année 2014.

⁴³ Rapport de l'IGAS de 2018 sur la situation de la chirurgie de l'obésité *"le développement de l'ETP pour la prise en charge des personnes obèses semble actuellement moins freiné par la difficulté pour mettre place un projet que par la faiblesse des financements disponibles"*.

⁴⁴ Circulaire N°DHOS/E2/F/MT2A/2008/236 du 16 juillet 2008 relative au financement de la mission d'intérêt général (MIG) « actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques » et portant sur la mise en place d'un suivi de l'activité d'éducation thérapeutique dans les établissements de santé

- L'hospitalisation de jour (HDJ) qui semble en théorie bien adaptée en amont d'une éventuelle opération de chirurgie bariatrique ou à la suite de celle-ci pose d'importants problèmes de financement.

La Stratégie nationale de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » présentée le 18 septembre 2018 applique le principe d'un paiement combiné au parcours (le paiement combiné supposant l'attribution d'une enveloppe rémunérant plusieurs professionnels sans considération de l'appartenance à une structure commune).

S'inscrivant dans ce cadre, la mission Aubert détermine les premières bases de cette évolution en intégrant parcours et financement des activités de santé. Il en résulte que dès 2019, pour certaines prises en charge (diabète et d'insuffisance rénale chronique) que le système de la T2A est remplacé par un financement au forfait et que dix véritables parcours de soins sont créés, permettant de mesurer l'efficacité du dispositif.

Par ailleurs, le programme d'incitation financière à la qualité (IFAQ) a été expérimenté dès novembre 2012, pour les établissements de santé puis ce dispositif a été généralisé en 2016. Il représentait alors en 2016 une enveloppe globale de 40 millions d'euros, ce qui représente de 0,4 % à 0,6 % du financement des établissements éligibles au dispositif.

L'intérêt de ces dispositifs est d'inciter les acteurs à limiter les actes ou les prises en charge non pertinentes et de travailler à l'organisation d'une coordination. La contractualisation des rapports entre les professionnels, notamment dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), fait écho à ce dispositif qui réinterroge les modalités d'organisation du système de santé. La prise en charge de l'obésité étant pluridisciplinaire, un financement au parcours de soin peut être nécessaire afin d'améliorer la prise en charge des patients et la reconnaissance de la consultation de suivi infirmière.

4.4 « L'autre article 51 » : la promesse des expérimentations innovation en santé

L'article 51 de la LFSS de 2018, afin de rompre davantage avec l'approche segmentée de l'offre de soin, permet de déroger aux règles de financement en proposant de nouvelles organisations dans le cadre d'expérimentations, en allant plus loin dans les coopérations que l'article 51 de la loi HPST. Ces expérimentations, opérationnelles depuis avril 2018, visent notamment à améliorer le parcours patient en recentrant les acteurs autour de son besoin.

Soulignons que cet article 51 peut permettre justement de financer spécifiquement des activités transverses, de coordination : les forfaits mis en place en 2019 au niveau national dans des prises en charge spécifiques (diabète et insuffisance rénale chronique) ont d'ailleurs été expérimentées via cet article pour ensuite être déployées au niveau national.

Cela n'a pas échappé aux CSO/CIO qui ont à titre d'exemple proposé deux projets dans ce cadre règlementaire en incluant un financement permettant d'inclure un suivi:

- **Le parcours de soins pour les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère (OBEPEDIA)**

Ce projet, porté par 9 CSO (dont le CIO de la Pitié Salpêtrière) cible les enfants de 3 à 18 ans, et s'articule principalement autour de coopérations multidisciplinaires impliquant l'hôpital, les soins de ville, en alliant soin et éducation thérapeutique par une équipe de proximité en lien entre le médecin traitant et le CSO. Il vise à une diminution et une stabilisation de la corpulence du jeune, à optimiser l'accompagnement des familles dans l'optique d'une généralisation des parcours médicaux liée corrélativement à une diminution des recours non pertinents à la chirurgie bariatrique du jeune.

L'expérimentation repose sur une prise en charge découpée en phases faisant intervenir tous les acteurs dans un processus cohérent d'inclusion sur les deux premières années puis de suivi sur deux ans avec évaluation. L'action des acteurs est soutenue par des financements individuels des personnels médicaux et paramédicaux (avec notamment une « séance » spécifique pour les paramédicaux, un intéressement pour tous les professionnels-pivots du parcours paramédicaux) et par des financements collectifs sous la forme de forfaits versés à une structure désignée qui reversera aux professionnels la part leur revenant sur la base d'un service fait.

- **Le parcours obésité – parcours de chirurgie bariatrique (OBEPAR)**

Ce projet porté par les 4 CSO d'Ile-de-France, s'inscrit dans la même optique de coopération que le parcours OBEPEDIA, mais cible la prise en charge liée à la chirurgie bariatrique (et non la prévention) de l'adulte à l'exclusion des cas les plus sévères. Notons que le projet s'appuie sur le protocole de la Pitié Salpêtrière déjà existant et détaillé dans le point 3 pour le suivi post-opératoire à partir de la deuxième année, en renforçant le parcours par exemple par une cellule de coordination avec un temps dédié et financé, et par un outil numérique de coordination - sur la base existante Terr-eSanté en cours d'expérimentation en Ile-de-France. Il s'agit notamment à court terme d'éviter des réhospitalisations évitables, à moyen terme de réduire le taux de perdus de vue, et d'assurer un suivi permettant d'éviter des réinterventions à 3 ans, de réduire les réhospitalisations liés à dénutrition protéique, et éviter les carences

des patients. Le projet comporte un volet formation ciblé, qui permet l'éviter la difficulté pratique liée à une formation très longue (type IPA).

Le financement envisagé repose sur quatre forfaits : pré-opératoire, chirurgical, suivi sur un an, suivi de 2 à 3 ans, suivi à vie. Ainsi, la consultation de suivi infirmière pourrait être financée dans le cadre des forfaits de suivi au-delà d'un an (son coût devrait être intégré dans la maquette du projet), ce qui pourrait permettre sa réactivation à la Pitié-Salpêtrière – sous réserve de lui accorder un vrai temps dédié pour l'inscrire durablement dans l'organisation du parcours patient.

Conclusion

Martin HIRSH, Directeur Général de l'AP-HP, évoquait dans un message adressé aux infirmières le 12 mai dernier, en pleine épidémie de COVID19, la nécessité du « développement de pratiques avancées et des protocoles de délégation de tâches sans glissement »⁴⁵.

Les protocoles de coopérations représentent une réelle opportunité dans notre système de santé pour améliorer la prise en charge des usagers, et en particulier ceux atteints de pathologies chroniques, comme l'obésité. S'inscrivant dans le cadre d'une réponse graduée aux besoins de la population, ils sont unanimement salués et reconnus par les professionnels de santé mais surtout les usagers. Aussi il nous apparaît regrettable que leur mise en œuvre soit difficile ou compromise sur le terrain du fait de considérations principalement financières (en lien avec un temps dédié infirmier dans le cadre du protocole étudié).

Dans le contexte épidémique inédit du COVID, le Ministère de la Santé a demandé la déprogrammation immédiate des interventions chirurgicales non urgentes. Les chirurgies sous anesthésie générale nécessitent des réanimations post-opératoires en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) ou en réanimation. C'est pourquoi ces lits ont été redéployés en priorité pour les patients atteints de forme sévères du coronavirus. Et le personnel chargé de tâches considérées comme non prioritaires a été redéployé, ainsi les infirmières assurant la consultation de suivi du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière ont été ré-affectées à un secteur covid et au bionettoyage.

Ainsi, la chirurgie bariatrique s'inscrivant dans un cadre de chirurgie programmée non-urgente, les personnes en situation d'obésité se sont trouvées fortement impactées par ces mesures. Aujourd'hui, les conséquences de la suspension de l'activité chirurgicale ne sont pas connues. Pour analyser la répercussion sur la santé de la population, plusieurs études sont en cours (COVIDSur, The Cobra Study).

L'ouverture du Ségur de la santé préfigurant les orientations futures pour notre système de santé peut représenter une opportunité sur l'ensemble des problématiques décrite tant en

⁴⁵ Courriel interne du 12 mai 2020 de diffusion générale au sein de l'AP-HP de M. Martin Hirch

matière de recherche qu'en matière de financement. Les conclusions du Ségur sont attendues en juillet 2020 et dessineront peut-être une opportunité pour une nouvelle définition des métiers en lien – pourquoi pas – avec une meilleure reconnaissance des IPA, une reconnaissance d'une définition large de la qualité de soin incluant prévention et suivi, le développement de la politique de décloisonnement de notre système de santé en termes d'organisation et surtout de coopération entre professionnels ?

Il nous appartient, en tant que futur personnel de Direction de repenser les prises en charge, dans une logique de parcours en étroite collaboration avec les professionnels de terrain. Ceci passe nécessairement par le développement des coopérations, comme celles illustrées par le protocole de consultation infirmière en suivi post-bariatrique étudiées dans ce MIP. La piste de l'expérimentation de l'article 51 de la LFSS 2018 nous apparaît la piste la plus solide pour en sécuriser le financement. Nous espérons d'ailleurs que les deux expérimentations auxquelles est associé le CIO de la Pitié Salpêtrière seront couronnées de succès : nous croyons en leur intérêt majeur tant pour les patients, que pour l'apport organisationnel qu'elles impulsent sur un territoire.

Bibliographie

Principaux textes officiels français

- Circulaire DHOS/E2/F/MT2A no 2008-236 du 16 juillet 2008 relative au financement de la mission d'intérêt général (MIG) «actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques » et portant sur la mise en place d'un suivi de l'activité d'éducation thérapeutique dans les établissements de santé
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) - article 51
- Arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin
- Instruction n°DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité par les Agences Régionales de Santé
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS)
- Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 - article 51
- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique
- Ministère des Solidarités et de la Santé, feuille de route Prise en charge des personnes en situation d'obésité 2019-2022
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
- Décret n° 2019-934 du 6 septembre 2019 portant attribution d'une prime de coopération à certains professionnels de santé exerçant dans le cadre des protocoles de coopération
- Arrêté du 6 septembre 2019 fixant le montant de la prime de coopération instituée par le décret n° 2019-934 du 6 septembre 2019 portant attribution d'une prime de coopération à certains professionnels de santé exerçant dans le cadre des protocoles de coopération
- Décret n° 2019-1482 du 27 décembre 2019 définissant les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé
- Décret n° 2020-148 du 21 février 2020 relatif au fonctionnement du comité national des coopérations interprofessionnelles et des protocoles nationaux prévus à l'article L. 4011-3 et à leur application au service de santé des armées

Rapports, études et publication

- COUR DES COMPTES, La prévention et la prise en charge de l'obésité, novembre 2019
- DREES, Portrait des professionnels de santé, Rémunération des médecins et des infirmiers : comparaisons internationales, édition 2016
- DREES, Etudes et résultats n°1051, Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'intervention qu'en 1997, février 2018
- HAS, Les protocoles de coopération art 51, bilan du dispositif, évaluation 2014

- HAS, Coopération entre professionnels de santé (art. 51 de la loi HPST), bilan 2010-2018
- IGAS, Rapport n°2017-059R sur la situation de la chirurgie de l'obésité par Dr Julien EMMANUELLI, Vincent MAYMIL, Pierre NAVES, janvier 2018
- INSERM, Dossier d'information <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>, 22 novembre 2019
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, L'évolution des modes de financement des établissements de santé, Dr Olivier VERAN , 2017
- OMS site officiel / thématique de l'obésité, <https://www.who.int/topics/obesity/fr/>
- ONDPS BERLAND, Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé, par Yvon et BOURGUE Yann, juin 2006
- RDSS, La notion d'« auxiliaire médical » et la mutation de la profession infirmière, GUIGANTI M., juillet – août 2017
- SANTE PUBLIQUE FRANCE, Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN) 2014-2016
- SENAT, Rapport d'information n°318 fait au nom de la la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé par Mme Catherine GENISSON et M. Alain MILON, 28 janvier 2014
- THE LANCET, [VOLUME 388, ISSUE 10046](#), P776-786, AUGUST 20, 2016, Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents, article emanant de divers auteurs
- THE LANCET, [Obesity could shift severe COVID-19 disease to younger ages](#), 30 avril 2020

Liste des annexes

ANNEXE 1 : GRILLES DES HYPOTHESES

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE AUX CSO – CIO

ANNEXE 3 : LES DIFFERENTS TYPES DE CHIRURGIE DE L'OBESITE

ANNEXE 4 : PROTOCOLE DE COOPERATION DU GROUPE HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE

ANNEXE 5 : COMPTES-RENDUS DES ENTRETIENS

ANNEXE 6 : EXEMPLE DE LIVRETS PARCOURS PATIENT (AVANT LA CHIRURGIE ET APRES LA CHIRURGIE)

Annexe 1 : Grilles des hypothèses

Hypothèse : le projet de délégation de tâches est avant tout une initiative médicale

- Qui a été à l'origine du projet de délégation de tâches ?
- Pourquoi la délégation a été envisagée ?
- Comment cela a été mis en place ? (réunions de lancement, participants, modalités, étapes, délais, feuille de route, communication interne / externe...)
- Quel est votre avis sur la mise en place de la délégation ?
- Quel retour a-t-on des patients sur leur prise en charge par les IDE ? (taux de satisfaction)

➔ Personnes ressources : infirmières, chefs de service, cadres de santé, référents du projet

Hypothèse : la délégation de tâches aux infirmières apporte une plus-value pour les patients

(questions en lien avec la première hypothèses)

- Quel est votre avis sur la mise en place de la délégation ?
- Quels en sont les avantages / inconvénients pour vous et pour le patient ?
- Quel retour a-t-on des patients sur leur prise en charge par les IDE ? (taux de satisfaction)

➔ Personnes ressources : infirmières, chefs de service, cadres de santé, référents du projet

Hypothèse : la délégation de tâches aux infirmières apporte une plus-value pour les médecins

- Qu'est ce qui pour vous distingue la consultation infirmière de (des) consultation(s) de médecin(s) (spécificités de la consultation infirmière) ?
- Pensez-vous que la répartition des tâches est clairement définie par les protocoles ? (ex : médecin traitant et problématique de concurrence entre les deux,...) ?
- Qu'est-ce qui a changé, selon vous, depuis la mise en place de la délégation de tâches ?
- La délégation de tâches intervient-elle aussi dans des parcours bariatriques complexes ? Si non, pourquoi ?

- Qui sont les perdus de vue du suivi bariatrique? Profil particulier ? Profils complexes ou simples ?

→ Personnes ressources : infirmières, médecins, référents du projet

Hypothèse : Le travail infirmier en délégation de tâches dans le cadre suivi bariatrique n'est pas suffisamment reconnu

- Comment décriez-vous la position de l'infirmière déléguée (assurant les consultations de suivi patient) au sein de l'équipe pluridisciplinaire (chef de service, cadres de santé, direction des soins, collègues) ?
- Quel est l'avenir de ce poste selon vous ?
- Souhaiteriez-vous que votre périmètre d'actions inclue de nouvelles dimensions ? (Exemple : recherche en soins infirmiers, prévention, renouvellement d'ordonnances)
- Une formation de type IPA est-elle envisagée pour l'avenir pour les infirmières assurant les consultations de suivi ?
- La consultation infirmière est-elle connue et reconnue (au niveau financier, en interne au sein de l'organisation hospitalière, vis-à-vis des partenaires extérieurs)
- Quelle communication a été mise en place vis à vis des partenaires extérieurs ?
- Comment décriez-vous votre relation avec les patients ?
- Que proposeriez-vous afin d'améliorer la consultation infirmière dans le cadre du suivi du patient? (en pré-opératoire par exemple)
- Comment la crise sanitaire Covid-19 a-t-elle impacté votre travail et l'organisation du suivi bariatrique ?

→ Personne ressource : Infirmières, cadres de santé, chefs de service

Hypothèse : Le financement est un frein majeur à la mise en place de la coopération

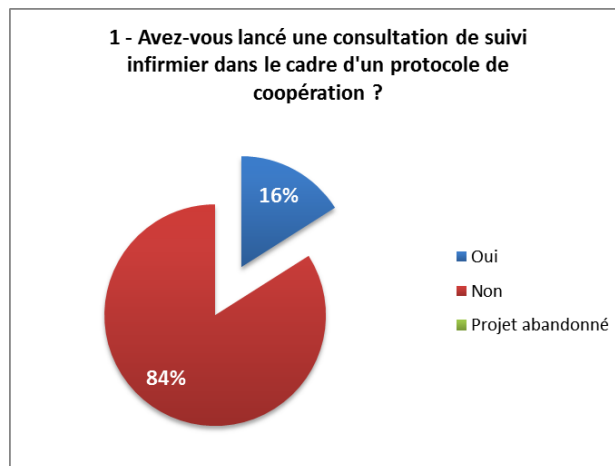
- De quels financements bénéficie le CIO au titre de la coopération et/ou du suivi patient (FIR, MIG, Autre) ?
- Si financement il y a, est ce que le temps infirmier est valorisé ? Et comment ?

→ Personne ressource : Référents de projet PSL (CIO), CSO

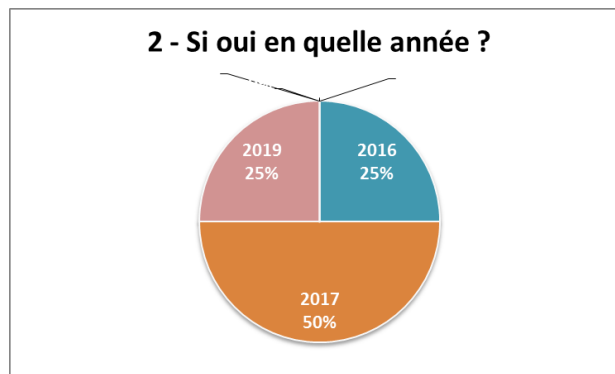
Annexe 2 : Questionnaire aux CSO – CIO

Nombre de répondants au 22 mai 2020 : 25, dont 4 ayant un protocole de consultation infirmière.

Part des CSO ayant lancé une consultation de suivi infirmier dans le cadre d'un protocole de coopération
1 - Avez-vous lancé une consultation de suivi infirmier dans le cadre d'un protocole de coopération ?



Année de lancement de la consultation de suivi infirmier
2 - Si oui en quelle année ?

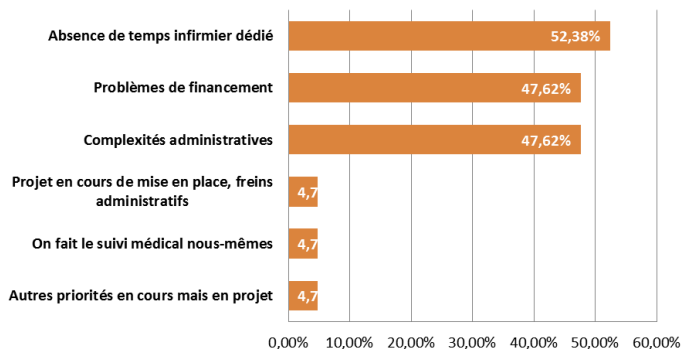


Part des CSO ayant maintenu la consultation de suivi infirmier
3 - Cette consultation est-elle toujours en place aujourd'hui ?

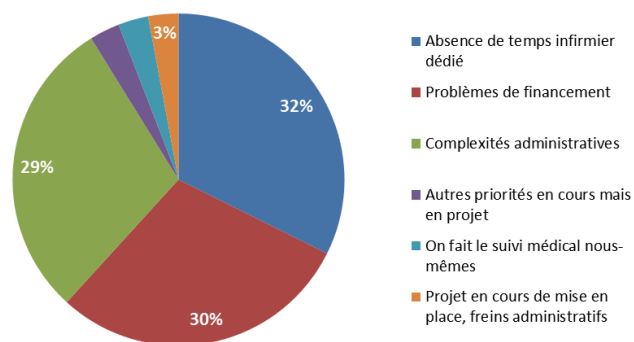


Causes de non lancement de la consultation infirmière pour les CSO
4 - Si NON, pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)

Pour quelle(s) raisons n'avez-vous pas lancé de projet de consultation infirmière?



Principaux freins



Taux de satisfaction des CSO ayant mis en place la consultation infirmière
5 - Selon vous, cette consultation fonctionne-t-elle de manière satisfaisante ?

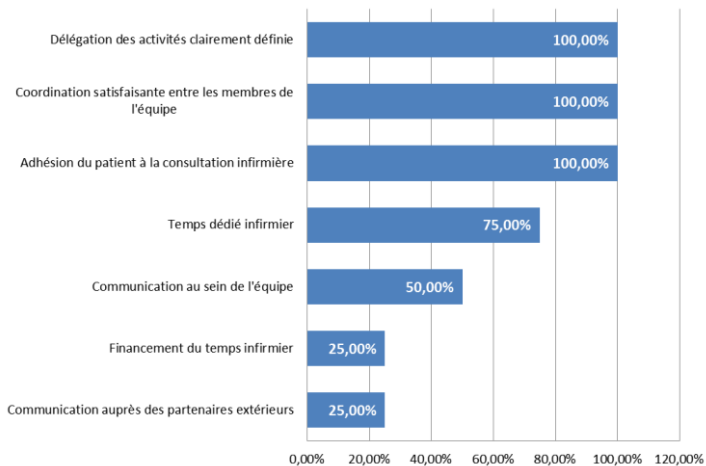
Taux de satisfaction



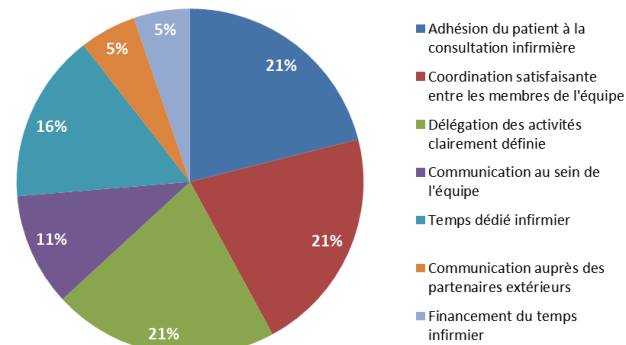
Causes de satisfaction

7 - Si OUI, pour quelle(s) raison(s) principale(s)? (plusieurs réponses possibles)

Causes de satisfaction

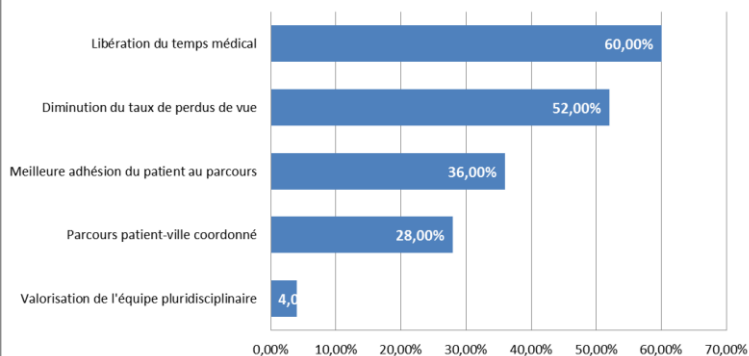


Principales causes

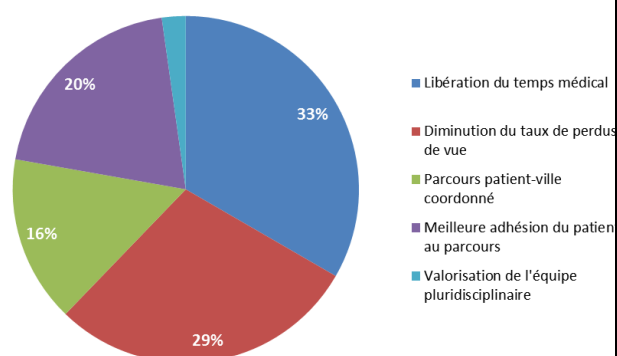


Bénéfices identifiés à la mise en place de la consultation infirmière
8 - Quel(s) bénéfice(s) voyez-vous à cette consultation aujourd'hui ? (plusieurs réponses possibles)

Bénéfices identifiés



Principaux bénéfices



Commentaires libres

9 - Commentaire libre

CSO	Consultations infirmière (Oui / Non)	Commentaires
Lille	Oui	Le dossier de délégation de tâches IDE a été construit en 2016, mais validé par l'ARS en 2019 seulement, date à laquelle nous avons pu le mettre en place.
CSO Haute Normandie	Non	Le CSO Haute-Normandie souhaite mettre en place ce protocole de coopération depuis plusieurs années au CHU de Rouen. Si vous cherchez un établissement - test pour déployer ce protocole, contactez-nous au Centre de Nutrition Bois-Guillaume (unité dédiée à la prise en charge de l'obésité). Ce sera avec grand plaisir!
Bourgogne	Non	
Tours	Non	
boulogne sur mer	Non	
CSO du Limousin	Non	
CSO Lyon Sauvegarde	Oui	La coopération Medecin Infirmier dans le cadre d'une maladie chronique telle l'obésité est indispensable."
CSO PACA Est	Non	
CSO POITOU CHARENTES	Non	
CSO Grenoble-Arc Alpin	Non	
Guadeloupe	Non	Mon CSO est volontaire pour être centre d'expérimentation après contact auprès de ma direction du CHUG"
CSO REUNION MAYOTTE	Non	
Champagne-Ardenne	Non	
CSO CALORIS (CHU Clermont-Ferrand / Auvergne)	Non	Nous aimerions pouvoir le mettre en place!
nancy	Oui	
Caen Normandie	Non	Projet en cours de mise en place, freins administratifs Mais convaincus par l'intérêt de cette procédure.
CSO Bretagne	Non	
Orléans	Oui	
amiens	Non	
COSILY HCL	Non	
Arras	Non	Dans les faits, notre IDE réalise des consultations de suivi de chirurgie bariatrique et des consultations de suivi médical. Ces consultations sont effectives mais n'entrent pas dans le cadre d'une procédure déclarée...en raison de la lourdeur administrative à mettre en œuvre.
ANJOU MAINE	Non	Dans un premier temps nous avons mis en place un programme de coopération pour le suivi des patients obèses en prise en charge médicale et travaillons à la mise en place du suivi des patients opérés avec notamment création d'outils type algorithme pour adaptation des suppléments
CINFO	Non	
CIO Midi Pyrénées	Non	
CSO Ouest Atlantique	Non	Une belle idée lancée par la Loi HPST, une nécessité pour un meilleur suivi et diminuer les perdus de vue; hélas un dossier administratif d'accord auprès de l'ARS qui calme les ardeurs !

Annexe 3 : Les différents types de chirurgie de l'obésité

Il existe trois principaux types d'intervention dans le cadre de la chirurgie de l'obésité avec des techniques plus ou moins invasives :

- Pose d'un anneau périgastrique en silicone (l'estomac est « saucissonné ») afin de réduire la taille de l'estomac et donc les apports alimentaires
- Par la gastrectomie en manchon ou gastrectomie longitudinale ou sleeve qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac de façon définitive et supprimant la partie sécrétant la ghréline (hormone digestive qui stimule l'appétit)
- Par un court-circuit d'un segment du tube digestif afin de limiter l'absorption des aliments : le parcours dans l'intestin grêle est réduit de 50 à 70 centimètres en moins par création d'une anse. Il s'agit de la technique du bypass gastrique.

Annexe 4 : Protocole de coopération du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

Nota : disponible en libre accès sur <https://coopps.ars.sante.fr/coopps/init/index.jsp>



PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Titre : Consultation infirmière de suivi de patients bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité, avec prescriptions de médicaments en lieu et place du médecin

Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière – APHP

Grille protocole de coopération conforme à l'annexe 1 modèle de protocole mentionné à l'article 1 de l'arrêté du 31 décembre 2009

Article L. 4011-1 à L. 4011-3 du code la santé publique

~

« Art. L. 4011-1 du CSP – Par dérogation, les professionnels de santé (Inscrits à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique) 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 leur mode d'intervention auprès du patient. »

Date de création : juillet 2010
Date de révision : ...

À LIRE IMPÉRATIVEMENT AVANT DE REMPLIR LA GRILLE

La grille du protocole de coopération proposée a pour but d'aider les professionnels de santé à rédiger efficacement leur protocole de coopération.

Avant d'utiliser cette grille, les professionnels de santé sont invités à lire attentivement au moins la fiche « professionnels de santé » figurant dans le guide méthodologique publié le XXXXXX par la HAS et disponible sur le site Internet de la HAS.
www.has-sante.fr

Tous les sigles et/ou les acronymes employés dans le protocole de coopération doivent être explicités.

MODE OPÉRATOIRE

EN PRATIQUE, si vous souhaitez rédiger un protocole de coopération :

- 1) Télécharger / Enregistrer la grille sur votre ordinateur.
- 2) Renseigner tous les items.
- 3) Penser à être précis et synthétique dans votre rédaction.
- 4) Sauvegarder la grille une fois remplie.

INFO-BULLE – Lorsque ce mot apparaît, placer-y le curseur et des informations apparaîtront en appuyant sur la touche : « F1 » du clavier sur PC, ou sur la touche « aide » sur Mac.

Des LIENS INTERNET sont activés. En plaçant le pointeur sur le lien et en appuyant sur la touche [Ctrl] du clavier vous serez automatiquement dirigé vers le site Internet mentionné.

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

JULLET 2010

PAGE 3/35

I. – SYNTHÈSE DU PROTOCOLE DE COOPÉRATION – Article L. 4011-2 du code de la santé publique

I. – SYNTHÈSE DU PROTOCOLE DE COOPÉRATION – Article L. 4011-2 du code de la santé publique	
Région : A - H / ÎLE-DE-FRANCE	Date de création : 11/06/2012
Itema	Réponses :
<i>Besoin de santé régional auquel répond ce protocole de coopération</i>	A ce jour en France plus de 200.000 personnes ont bénéficié d'une chirurgie de l'obésité. Près de 2000 nouveaux patients sont opérés chaque mois. La structuration récente par la Direction Générale de la Santé et de l'organisation des soins, DGOS, de l'offre de soins sous forme de centres spécialisés en médecine et chirurgie de l'obésité témoigne des enjeux importants autour de la qualité et de la sécurité des soins dans ce domaine. Ces centres spécialisés ont pour mission de mettre à disposition du système de soins des équipes et des équipements adaptés à la prise en charge des situations complexes et de contribuer au maillage territoriale de l'offre de soins en collaboration avec les médecins traitants, les spécialistes médicaux et chirurgicaux de l'obésité, les SSR et le secteur médico-social. Une des questions clé est l'organisation de la prise en charge médico-chirurgicale en amont et en aval de l'intervention elle-même, c'est-à-dire du suivi des patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique. Au vu de la complexité de la prise en charge de ces patients, il est prévu selon les recommandations de la HAS, 2 à 3 consultations préparatoires à la chirurgie, 4 consultations post opératoire dans l'année qui suit et 1 consultation par an les années suivantes. S'ajoutent des consultations programmées ou non programmées pour événements intercurrents ou complications (dont certaines sont des urgences vitales). Ces consultations comportent une part importante d'activité pouvant être assurée par des IDE qui les réalisent d'ores et déjà de fait en doublon avec les médecins ou chirurgiens. La seule contribution des seuls médecins et chirurgiens n'est plus suffisante compte tenu de la spectaculaire progression du nombre de personnes opérées. Une nouvelle répartition des tâches entre professionnels de santé est justifiée. Cette nouvelle organisation permettrait d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients suivis en préopératoire et post opératoire. Notre groupe multidisciplinaire médical et chirurgical est particulièrement engagé dans la prise en charge de la chirurgie bariatrique pour des patients présentant des obésités particulièrement sévères. Notre groupe qui s'inscrit dans le Centre spécialisé "APHP-Centre" réunit le service de nutrition (Pr A Basdevant), le service de chirurgie digestive (Pr L Hannoun) du Groupe hospitalier Pitié Salpêtrière et le service de chirurgie digestive du Pr J.L Bouillot (Ambroise Paré) et les services de pédiatrie de Trousseau et de Necker et la maison de l'adolescent de Cochin. La cohorte de patients suivis, débutée il y a dix ans, atteint plus de 1200 patients et le nombre de patients opérés augmente de 50% par an. Notre expérience et les obstacles que nous rencontrons pour le suivi des patients nous conduisent à proposer une coopération professionnelle pour la prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité.
<i>Intitulé du protocole de coopération</i>	Consultation infirmière de suivi de patients bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité, avec prescriptions de médicaments en lieu et place du médecin.
<i>Caractéristiques des patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération</i>	Patients obèses ayant subi une chirurgie de l'obésité, dite chirurgie bariatrique : les interventions concernées sont principalement le court-circuit gastrique (by-pass), la gastrectomie en manchon (sleeve gastrectomy) et l'anneau ajustable. Les femmes enceintes après la chirurgie bariatrique et les enfants ne sont pas concernés par ce protocole.

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

JULLET 2010

PAGE 4/35

Liste exhaustive d'acte(s) ou activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice	Poser un diagnostic médical, concernant l'état pondéral, nutritionnel et vitaminique du patient Interpréter les résultats des glycémies, ferritinémies et des dosages sanguins en vitamines Prescrire des vitamines et des micronutriments selon un protocole défini
Nature de la dérogation (plusieurs réponses possibles)	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée diagnostique avec ou sans interprétation <input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée thérapeutique avec ou sans interprétation <input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée préventive, préciser : <input checked="" type="checkbox"/> dépistage, <input type="checkbox"/> vaccination, autres : <input checked="" type="checkbox"/> Interprétation d'un examen <input checked="" type="checkbox"/> Prescription <input type="checkbox"/> Autres, préciser :
Lieu de mise en œuvre du protocole de coopération	Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière Service de Nutrition, Service de chirurgie digestive, "Centre spécialisé de l'Obésité APHP-Centre" reconnu par l'ARS Ile de France Dans le secteur de consultation et d'hôpital de jour du service de Nutrition

Protocole de coopération autorisé le : 00/00/0000, mis en ligne le : 00/00/0000

II. – INTITULÉ DU PROTOCOLE

Les informations demandées doivent permettre d'identifier l'acte(s) de soins, ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé entre eux auprès du patient, et les professionnels de santé concernés par le protocole de coopération au sens du code de la santé publique.

Consultation infirmière de suivi de patients bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité, avec prescriptions de médicaments en lieu et place du médecin.

Cadre réservé à la HAS

Thème du protocole À la réception du protocole, la HAS définira un thème qui sera intégré dans le système d'information national. Le thème a pour objectif de faciliter la recherche des protocoles autorisés.

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE

A) Justification de la demande

1) Identifier le problème à résoudre ou le besoin constaté au niveau régional

L'étude de la CNAM 2003 et celle toute récente de 2006-2011 sur la chirurgie de l'obésité souligne l'importance, les difficultés et les défauts de suivi des patients qui doivent être "pris en charge par une équipe pluridisciplinaire avant et après l'intervention" et la nécessité "d'avoir des équipes disposant de moyens techniques et humains adaptés s'engageant sur une activité annuelle minimale, le respect des recommandations, un suivi organisé et offrant le choix des différentes techniques aux patients". Selon les recommandations de la HAS, le suivi doit être conduit à 1, 3, 6, 12 mois post opératoire puis tous les ans. Les médecins et les chirurgiens ne sont pas suffisamment nombreux pour assurer cette tâche.

Les risques de complications post-opératoires à court et long terme sont importants : prescriptions de vitamines et micronutriments non suivies (80% dans une série de la littérature); absence de détection des signes de complications médicales ou chirurgicales à distance singulièrement les carences en vitamine pouvant entraîner des conséquences sévères. Les patients rencontrent des difficultés d'accès à un renseignement rapide ou d'accès au système de soins en cas de complication intercurrente

Comme indiqué ci-dessus le suivi des patients après chirurgie bariatrique devient ingérable avec l'augmentation des cohortes de patients suivis et la nécessité de consultation à distance de l'intervention : les données de l'Assurance maladie indiquent que le nombre de patients opérés chaque année a doublé au cours des 5 dernières années.

La coopération professionnelle est un atout pour améliorer le parcours personnalisé du patient (notamment le suivi à court, moyen et long terme) et permettra de libérer du temps médical utile à la prise en charge complexe de certains malades.

2) Préciser en quoi la problématique identifiée justifie une dérogation au titre de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique ?

Dans le code de la santé publique: articles R4311-1 à R 4311-15 et selon le décret N°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière, les infirmiers ne sont pas autorisés à :

- poser un diagnostic médical, concernant l'état pondéral, nutritionnel et vitaminique du patient
- interpréter des résultats des glycémies, ferritinémie et des dosages sanguins en vitamines.
- prescrire des vitamines et micronutriments selon un protocole défini

NB : La HAS pourra vous demander le ou les texte(s) réglementaire(s) à l'appui de votre argumentation.

📄 Zone info

Documents / outils / instances pouvant être utilisés ou consultés

- *Projet régional de santé (PRS).*
- *Agence régionale de santé (ARS).*
- *Union régionale des professions de santé (URPS).*
- *Comités régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).*
- *Programme de formation, textes réglementant la profession, etc.*
- *Consultation des instances ordinales ou des associations professionnelles concernées.*
- *Etc.*

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement **ACTUEL**

1) Organisation des professionnels de santé

a) Informations concernant le profil du **DÉLÉGAN** :

Spécialité	Nutrition, Endocrinologie-métabolisme, Chirurgie
Profession du délégrant	Médecin nutritionniste : Médecins seniors du service , chef de clinique assistant
Spécialité pour les infirmier(e)s	<input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> IBODE <input type="checkbox"/> Puéricultrice <input type="checkbox"/> Autres, préciser :
Qualification ordinaire (médecin)	Nutritionniste, Endocrinologue, Interniste, Hépatogastro-entérologue, Chirurgien
Mode d'exercice	<input type="checkbox"/> Libéral <input checked="" type="checkbox"/> Salarié hospitalier <input type="checkbox"/> Salarié non hospitalier
Effectif/discipline du délégrant	Médecin senior (1), CCA (1)
b) Informations concernant le profil du DÉLÉGUÉ :	
Spécialité	Nutrition, Endocrinologie métabolisme, Chirurgie
Profession du délégué	IDE
Spécialité pour les infirmier(e)s	<input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> IBODE <input type="checkbox"/> Puéricultrice <input type="checkbox"/> Autres, préciser :
Qualification ordinaire (médecin)	
Mode d'exercice	<input type="checkbox"/> Libéral <input checked="" type="checkbox"/> Salarié hospitalier <input type="checkbox"/> Salarié non hospitalier
Effectif/discipline du délégué	3 IDE pour 1 hospitalisation de jour de 9 places ouvrant de 7h30 à 17h30 du lundi au vendredi

📍 Zone info

Voir à la fin de ce document la définition de délégrant et de délégué.

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement **ACTUEL** (suite)

1) Organisation des professionnels de santé (suite)

c) Existe-t-il un système d'information partagée entre les professionnels de santé ? OUI NON

Si possible, expliquez le processus de partage de l'information entre les différents professionnels :

Oui . L'équipe pluridisciplinaire (médecin délégrant, médecins du service de nutrition, chirurgiens réalisant les interventions de chirurgie bariatrique de ces patients, diététiciens des services de nutrition et de chirurgie digestive, psychologues des services de nutrition et de chirurgie digestive, délégués) ont accès à Prodoc, dossier médical informatisé contenant les coordonnées du patient, des correspondants (médecins traitants et spécialistes) , les compte rendus d'hospitalisation et de consultation ; l'observation médicale est immédiatement accessible au délégrant, médecin , chirurgien et délégué. Les observations de chacun sont consignées sur Prodoc. Le système Mediweb qui réunit tous les compte-rendus est accessible en permanence. A l'heure actuelle le système d'information du médecin traitant est basé sur des correspondances par téléphone, courrier ou courriel .La collaboration entre l'équipe médico-chirurgicale et notamment la consultation infirmière et le médecin traitant est un élément clé. Chaque consultation infirmière par le délégué fait l'objet d'une synthèse adressée au médecin traitant; la consultation infirmière ne se substitue pas au suivi du patient par le médecin traitant, elle est une aide pour le suivi.

d) Quelles sont les modalités d'analyse des pratiques existantes à ce jour ? – Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »

e) L'accès aux soins

La continuité des soins est-elle organisée ?	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
La permanence des soins est-elle organisée ?	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Quels sont les délais moyens d'obtention d'un rendez-vous ou de prise en charge ?	Avant l'intervention, les rendez vous sont programmés sur une période de six mois (conformément aux recommandations HAS sur la période de bilan préopératoire), en moyenne tous les deux mois. Pour les RV post chirurgicaux les calendriers sont précis: 1, 3, 6, 12 mois après chirurgie et tous les ans ensuite si le patient ne présente aucun problème. La première année, le suivi est rapproché (tous les 3 mois) ce qui explique qu'il y ait peu voire pas de rendez vous avec le médecin traitant, sauf pour réadapter ou modifier un traitement antihypertenseur ou diabétique par exemple. Il reçoit néanmoins les comptes rendus de chaque hospitalisation pour assurer la continuité des soins.

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement **ACTUEL** (suite)

2) Chiffrer la file active de patients

Les informations demandées doivent permettre d'identifier le flux de patients pris en charge par les professionnels de santé en précisant la période considérée

Dans notre groupe médico-chirurgical, plus de 1000 patients sont régulièrement suivis pour chirurgie bariatrique selon le calendrier précédemment indiqué. Comme dans toutes les séries de suivi de chirurgie de l'obésité, il existe un pourcentage de "perdus de vue" qui est proche de 15 %. Dans les autres centres spécialisés reconnus par l'ARS Ile de France (4 au total), le nombre de patients suivi est égal ou supérieur à celui-ci. Dans cette file active, le nombre de patients accueillis dans la consultation IDE va rapidement augmenter. Nous envisageons une montée en charge progressive des consultations infirmières dans la période initiale. A terme nous estimons que cette activité de suivi devrait occuper l'équivalent d'un temps plein IDE .

3) **Décrire le processus clinique actuel** – Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »

📍 Zone info

Documents / outils / instances pouvant être utilisés ou consultés

- Toutes les études réalisées dans ce domaine.
- Données du PMSI.
- Données des organismes d'assurance maladie.
- Etc.

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

A) Objectifs du protocole de coopération entre professionnels proposés

1) Information du patient

Expliquer les modalités prévues pour l'information du patient et pour le recueil de son consentement éclairé dans le cadre du protocole de coopération

Les patients sont informés du protocole de coopération au cours de l'hospitalisation préopératoire dans le service de nutrition par le médecin responsable du service. L'information est orale et écrite, un document d'information est transmis par le médecin délégant qui recueille le consentement éclairé du patient. Ce consentement, une fois signé, est inséré dans le dossier médical du patient. Un exemplaire est conservé par le patient.

Avant chaque prise en charge du patient par le délégué, celui-ci vérifie que le consentement signé est présent dans le dossier médical.

Si le patient refuse d'être suivi par le délégué, il sera pris en charge par un médecin de l'établissement selon les modalités habituelles.

2) Expliquer les objectifs poursuivis à travers le protocole de coopération entre professionnels de santé

Fournir au patient après l'intervention un soutien infirmier visant à améliorer l'information, l'adhésion aux traitements et à faciliter l'accès aux soins en cas de problème intercurrent et notamment dans le cadre d'un suivi multi professionnel.

En post opératoire, le délégué devra :

Identifier plus rapidement les signes cliniques évocateurs de complications digestives et nutritionnelles (carences), par :

- l'évaluation des signes de carences vitaminiques liées à la malabsorption ou à la non observance du traitement
- la prescription infirmière d'examen biologiques de dépistage de carence nutritionnelle (dosages)
- la prescription infirmière de micronutriments, de fer et de vitamines selon les résultats biologiques et à l'aide d'un arbre décisionnel

Les résultats autres attendus de cette démarche globale de coopération entre professionnels sont:

1 Pour le patient:

- Améliorer la détection et renforcer la prévention des complications de la chirurgie bariatrique
- Aider le patient pour le suivi des prescriptions essentielles de vitamine en particulier
- Faciliter le contact avec l'équipe grâce à la confiance et la crédibilité accordées à l'IDE

2 Pour l'organisation des soins:

- Améliorer la chaîne de soins qui sera plus fluide, plus performante permettant un gain de temps pour le patient.
- Rendre une organisation plus efficace pour l'ensemble des soignants
- Laisser du temps médical pour les patients compliqués

3 Pour l'IDE

- Valoriser l'expertise IDE

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel

1) Présenter les professionnels de santé qui soumettent le protocole de coopération à l'ARS

Les informations demandées doivent permettre d'identifier au moins (prénom, nom, profession) un référent pour chaque profession à l'origine de la création du protocole de coopération ainsi qu'une personne à contacter (prénom, nom, téléphone, adresse mail) pour l'instruction du protocole de coopération.

- Pr. A Basdevant, chef du service de nutrition de la Pitié Salpêtrière, praticien; Dr Judith Aron- Wisniewsky, chef de clinique du service de nutrition; Dr Léa Lucas-Martini, chef de clinique du service de nutrition
- Monique Garçon, cadre paramédicale du Département Endocrinologie, pôle de cardiologie-métabolisme
- Pascale Thiau, cadre supérieur des services de nutrition et d'endocrinologie
- Laurence Françoise, cadre de santé du secteur d'hospitalisation de jour de Nutrition et d'Endocrinologie
- Anne Françoise Foiry, infirmière diplômée d'état
- Personne référente: monique.garcon@psl.aphp.fr, 01 42 17 57 75

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

2) Préciser le cadre de la coopération envisagée. Les informations demandées doivent permettre de comprendre les caractéristiques médicales et/ou sociales des patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération

Le protocole de coopération concerne tous les patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique, exceptées les femmes enceintes et les enfants. Les patients candidats à la chirurgie bariatrique ont par définition (indications HAS) une problématique médicale complexe, et présentent fréquemment des difficultés psychologiques ou sociales.

Le gradient social de l'obésité sévère est considérable: l'obésité est une situation d'inégalité sociale de santé. L'acte chirurgical introduit des modifications profondes de l'anatomie et de la fonctionnalité digestive qui peuvent conduire à des malnutritions voir à des dénutritions, et à un certain nombre de complications médicales et chirurgicales. La chirurgie entraîne également des modifications profondes des comportements, des habitudes de vie, des relations interpersonnelles.

Le résultat thérapeutique dépend de la qualité du bilan préopératoire, et de la capacité de l'équipe médico-chirurgicale incluant des paramédicaux à assurer un suivi durable. L'adhésion aux prescriptions diététiques et de médicaments incluant les vitamines et micronutriments est un élément clé de la prévention de complications potentiellement graves.

Lieu de réalisation de la coopération

- Cabinet d'exercice libéral de groupe
- Cabinet d'exercice libéral individuel
- Centre de santé
- Établissement de santé
- HAD
- Maison de santé
- Pôle de santé
- Réseau de santé

Liste non exhaustive, préciser le lieu s'il ne figure pas dans la liste :

La réalisation du protocole se limite aux centres de chirurgie bariatrique reconnus par les ARS

📍 Zone info

Documents / outils / instances pouvant être utilisés ou consultés

- Données du FMSI.
- Comités régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).
- Données des organismes d'assurance maladie.
- Etc.

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

3) Répondre aux questions suivantes

Comment vont s'articuler les différents intervenants et comment est orienté le patient ?	Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »
Quel est le système d'information informatisé utilisé ?	Dossier médical informatisé (Logiciel Prodoc) avec les CRH d'hospitalisation, les courriers de consultation, les ordonnances et la transmission infirmière de la consultation IDE. Agenda web: logiciel pour noter et valider la présence des patients. Est actuellement en cours de développement un système informatisé et sécurisé de télémedecine pour faciliter les échanges entre patient et professionnels de santé médecins, chirurgiens et infirmiers: permettant un contact rapide du domicile aux centres spécialisés.
Quelles sont les ressources matérielles et techniques utilisées ?	Equipements (fauteuils, table d'examen adaptés aux fortes corpulences. Matériel informatique, internet, téléphone. Boîte de consultation aménagée avec ordinateur et bureau ouvert aux horaires mentionnés dans la procédure "consultation IDE". Mediweb: accès permanent au dossier en ligne
Quels sont les gains cliniques attendus et ceux-ci peuvent-ils être mesurés ?	Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »
Des conditions de financement complémentaires de l'intervention de certains professionnels sont-elles requises ?	Oui, un poste IDE à temps plein dédié à cette activité. Pour l'instant cette activité est faite à moyen constant.

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

4) Décrire les actes de soins, les activités de soins, ou la réorganisation des modes d'intervention n'incluant pas d'entente illicite dérogatoire au regard des dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice des professions de santé concernées et les modalités de surveillance qui en découlent

Les actes des soins, les activités ou la réorganisation des modes d'intervention seront décrits ci-après. Dès la phase de création d'un protocole de coopération, les professionnels doivent être vigilants sur le fait que la mise en œuvre d'une pratique dérogatoire aux conditions légales d'exercice devra prendre en compte les interdictions telles que le compérage figurant dans les règles professionnelles ou règles déontologiques applicables aux professionnels (lorsqu'elles existent).

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients

a) Description de la prise en charge du patient et de l'acte(s) de soins ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient

Décrivez le processus global de prise en charge du patient, indiquez qui fait quoi, à quel moment se réalise(nt) l'acte(s) ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient, décrire comment s'articulent les professionnels de santé entre eux et quel est leur niveau de responsabilité.

Le patient est inclus en accord avec son médecin traitant La proposition d'intégrer le patient à cette consultation est faite lors d'une réunion pluridisciplinaire (bi hebdomadaire), à laquelle participe l'infirmière déléguée et une diététicienne, ou à la demande du médecin nutritionniste référent. La proposition d'intégrer le patient à cette consultation est faite lors d'une réunion multidisciplinaire (bihebdomadaire), à laquelle participent l'infirmière déléguée et une diététicienne, ou à la demande du médecin nutritionniste référent. Le patient est informé du protocole de coopération en hospitalisation préopératoire dans le service de nutrition. Il peut accepter ou non de participer à ce protocole. L'infirmière déléguée est contactée au cours de l'hospitalisation par le service chirurgical pour valider le début de prise de vitamines et rappeler l'organisation des consultations postopératoires. Le patient est ensuite vu en consultation infirmière.

il est alors vu en consultation infirmière par les délégués à 3,6 et 12 mois dans le secteur d'hospitalisation de jour. Le délégué réalise une consultation infirmière, pose un diagnostic médical, interprète les résultats biologiques et prescrit si besoin l'administration de vitamines et de micronutriments.

La consultation infirmière consiste en un recueil protocolisé de données cliniques et biologiques associées à un entretien (annexe 1 page 12) Ceci doit permettre de repérer les complications potentielles et orienter le patient au mieux pour les prévenir et les traiter.

En cas de problème détecté, et selon les arbres décisionnels annexés au protocole, le délégué prévient le délégant ou à défaut, un médecin de l'établissement ou le médecin traitant qui intervient immédiatement.

Il imprime une ordonnance de médicaments en fin de consultation.

Le délégant ou les médecins du service sont joignables à tout moment

En post opératoire et pour le suivi à long terme:

- Le patient peut à tout moment revenir sur sa décision et refuser d'être suivi par le délégué et sera suivi à nouveau par un médecin Le délégué informera le délégant de la décision du patient et des raisons invoquées

- A chaque consultation le délégué note les informations recueillies dans le dossier informatisé accessible en permanence aux membres de l'équipe médico-chirurgicale (dont le délégant).

Le suivi du patient sera assuré par le délégué en consultation ou en hôpital de jour (jusqu'à 1 an et à 5 ans) ou le patient sera prélevé le matin, verra le délégué en consultation qui prescrira ou non l'administration intraveineuse ou intramusculaire (en l'absence d'anticoagulant) de vitamines ou de micronutriments. Il imprimera les ordonnances de sortie qu'il donnera au patient. Le médecin traitant reçoit un compte rendu après chaque consultation.

Dans le cadre de la dérogation aux conditions légales d'exercice, listez ci-dessous de manière exhaustive l'acte(s) de soins ou activité(s) transféré(s) au délégué ou la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient.	Précisez pour chaque acte si besoin, ou globalement, la nature de l'intervention du délégant pour contrôler la réalisation par le délégué de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s). Astreinte, supervision, validation, autres (préciser) :
<p>1° Examine le patient et pose un diagnostic médical à l'aide du questionnaire mis en annexe du document: évaluation de la compliance aux traitements et des carences vitaminiques liées à la malabsorption ou à la non observance du traitement, le dépistage des complications et des signes cliniques de complications digestives et nutritionnelles (carence) lors du suivi postopératoire</p> <p>2° analyse des résultats de dosage du bilan martial et de vitamines</p> <p>3° Prescription de traitement de micronutriments et de vitamines selon les résultats biologiques et selon un arbre décisionnel défini et validé par le délégant</p> <p>4° Prescription et signature d'ordonnance de traitement et de bilans biologiques</p>	<p>Les prescriptions faites par les IDE peuvent être discutées avec le médecin délégant ou le médecin responsable du secteur si besoin. Les IDE ont en permanence la possibilité de solliciter l'avis du médecin responsable.</p> <p>Le délégant contrôle tout les jours en fin de journée sur Prodoc les prescriptions réalisées par le délégué.</p>
Quels sont les moyens utilisés par le délégant pour s'assurer de la réalisation par le délégué de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s), ou quels sont les moyens utilisés par les professionnels de santé qui réorganisent leur mode d'intervention auprès du patient ?	
Bilan quotidien entre délégué et délégant à l'aide du questionnaire de suivi pour valider la prise en charge du patient par le délégué.	
Traçabilité des actes dans le dossier de soins infirmiers et sur le dossier informatisé Prodoc.	

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)	
B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)	
5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)	
a) Description de la prise en charge du patient... (suite)	
Décrire ci-dessous comment le délégué réalise l'acte(s) de soins ou l'activité(s), ou comment les professionnels de santé se sont réorganisés pour intervenir auprès du patient ?	
<p>Le principe de base est un fonctionnement d'équipe pluridisciplinaire et multiprofessionnelle. Aucun professionnel médecin, paramédical ou autre (assistantes sociales, psychologues) n'intervient seul sans lien avec l'équipe que ce soit en consultation ou en hospitalisation. Ceci est possible grâce, d'une part, à l'usage commun du dossier informatisé et d'autre part à un lieu commun d'exercice.</p> <p>Les réunions de service hebdomadaires, les RCP mensuelles assurent la cohérence de la prise en charge et permettent l'ajustement des procédures.</p> <p>Le délégué est donc en contact permanent avec l'ensemble de l'équipe accessible sans obstacle ni délai.</p> <p>En cas d'urgence, le patient peut être immédiatement pris en charge par le médecin.</p> <p>Le domaine de compétence et de responsabilité du délégué est défini dans des procédures écrites.</p> <p>Les procédures sont validées et signées par les médecins responsables.</p> <p>Au terme de la consultation pluriprofessionnelle ou de l'hôpital de jour quand il est justifié, une synthèse médicale permet de valider l'intervention du délégué.</p>	
Temps consacré à la réalisation de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s) pour chaque acteur, ou temps consacré à la nouvelle prise en charge dans le cadre d'une réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient. Préciser ci-dessous le temps estimé pour le délégué et le temps passé par le délégant à faire cet acte(s) ou activité(s) avant la coopération. Utiliser la même unité de temps pour chaque acteur.	
Temps estimé pour le délégué :	<p>1^{ère} consultation: 30-45mn</p> <p>Consultation de suivi 20mn</p> <p>Lecture résultat examen et prescription (avec explication): 10mn/patient</p>
Temps passé par le délégant avant le transfert :	<p>Consultation médicale: première consultation 30 mn, consultations de suivi 20 mn</p> <p>Lecture résultat examen et prescription: 10mn/patient</p>
Temps consacré à la nouvelle prise en charge si réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient :	NA
Où a lieu la mise en œuvre du protocole de coopération (préciser si les professionnels de santé sont sur des sites différents) ?	
Secteur consultation et hôpital de jour	

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)	
B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)	
5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)	
b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient	
<i>Quels sont les critères d'alerte du délégué qui déclenchent l'intervention du délégant, ou quels sont les critères d'alerte des professionnels de santé dans le cadre d'une réorganisation de leurs modes d'intervention auprès du patient ?</i>	
<p>Les signes d'alertes qui amènent le délégué à solliciter immédiatement l'avis du délégant ou, à défaut, d'un médecin de l'établissement sont précisés dans les protocoles figurant en annexe 1.</p> <p>Les signes d'alertes qui déclenchent l'intervention du délégant sont notamment les suivants :</p> <p>1/ Douleurs abdominales, localisées, persistantes, déclenchées par l'alimentation, avec frissons et fièvre</p> <p>2/ Vomissements systématiques d'aliments liquides, associés à de la fièvre et supérieur à une fois par jour</p> <p>3/ Tous troubles neurologiques</p> <p>4/ Hypoglycémie inférieure à 0.6 g/l</p> <p>5/ Réaction allergique pendant la perfusion: arrêt immédiat et appeler le délégant; si réaction anaphylactoïde: arrêt immédiat de la perfusion et appeler le réanimateur</p> <p>Le délégué doit solliciter immédiatement l'avis du délégant ou, à défaut, d'un médecin de l'établissement ou le médecin traitant devant tout signe clinique qui n'est pas mentionné dans les protocoles figurant en annexe 1.</p>	
<i>Listez les risques inhérents à ce transfert d'acte(s) de soins ou d'activité(s) ou de réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient.</i>	
<p>Risque d'erreur: mauvaise interprétation de l'examen clinique ou biologique; pas de risque de surdosage vitaminique dans ce contexte et aux doses préconisées; risque de surdosage ou sous dosage en fer si mauvaise interprétation des résultats biologiques.</p>	
<i>Quelles sont les actions préventives mises en œuvre eu égard aux risques identifiés ?</i>	
<p>Accès immédiat à un avis médical. Délégant ou médecin du service joignable à tout moment.</p> <p>Action préventive: protocole écrit et validé par le délégant.</p> <p>Si besoin révision du protocole avec les délégués.</p> <p>Participation aux réunions de synthèse médicale et aux réunions de concertation pluridisciplinaire.</p>	
<i>Comment allez-vous procéder pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération ?</i>	
<p>Les événements indésirables liés à la coopération seront identifiés parmi tous les événements indésirables signalés. Si apparition d'un événement indésirable: le délégué le signale au délégant ou au médecin responsable du service et au cadre responsable du secteur d'HDJ.</p> <p>Le cadre responsable du secteur d'HDJ remplit la fiche de signalement dans "Osiris" avec les circonstances et les actions menées.</p> <p>Le cadre référent qualité du pôle reçoit la fiche de signalement et évalue le besoin d'analyse systémique.</p> <p>A la demande du délégant, le cadre référent qualité organise une réunion de morbi-mortalité (RMM) avec analyse systémique en collaboration avec les délégués, le délégant et le cadre du secteur, fait un compte rendu de réunion et met en place des actions d'amélioration.</p>	
<i>Quels sont les outils et les documents utilisés pour la gestion des événements indésirables dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération ?</i>	
<p>Logiciel Osiris pour la déclaration des événements indésirables.</p> <p>Tableau récapitulatif des Osiris + actions menées répertoriés tous les 6 mois par le gestionnaire d'événements indésirables. Tableau envoyé à l'ingénieur "Qualité Gestion des risques" de l'hôpital. Réunions de morbi-mortalité RCP</p>	

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)				
B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)				
5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)				
b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient (suite)				
<i>Quelles sont les modalités d'analyse des pratiques existantes avant la coopération et celles qui sont prévues dans le cadre du protocole de coopération ?</i>				
<i>Avant la coopération, précisez la périodicité (plusieurs réponses possibles)</i>	<i>Modalités d'analyse des pratiques du délégué</i>	<i>Modalités d'analyse des pratiques du délégant</i>		
	<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques		<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	
	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire	1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire	1 mois
	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de suivi	Mensuelles	<input type="checkbox"/> Réunions de suivi	
	<input checked="" type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	A la demande du délégant	<input checked="" type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	
	<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé		<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé	
<input checked="" type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu	En fonction des besoins	<input type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu		
<input type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	Questionnaire de satisfaction "patient"	<input type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	Questionnaire de satisfaction "patient"	

📍 Zone info

Avant la coopération, les professionnels de santé peuvent être engagés dans des modalités d'analyse des pratiques différentes. Pendant la mise en œuvre du protocole de coopération, il est fortement recommandé que les professionnels de santé s'inscrivent ensemble dans un même processus d'analyse des pratiques.

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)		
B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)		
5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)		
b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient (suite)		
<i>Dans le cadre du protocole de coopération, précisez la périodicité (plusieurs réponses possibles)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	analyse par le délégant sur un échantillon de dossier: réunion de supervision tous les 3 mois
	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire	
	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de suivi	bilan quotidien entre délégué et délégant à l'aide du questionnaire de suivi pour valider la prise en charge du patient.
	<input checked="" type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	
	<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé	
	<input type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu	
	<input checked="" type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	Evaluation du questionnaire de satisfaction
<i>Quels sont les outils utilisés pour la démarche qualité dans le cadre du protocole de coopération ?</i>		
Réunions mensuelles de concertations pluridisciplinaires (RCP) et revues de morbi-mortalité (RMM) organisées à la demande du délégant Réunions hebdomadaires de service Synthèse de la consultation IDE sauvegardées dans Prodoc Questionnaire de satisfaction du patient remis à la 3 ^{ème} consultation infirmière		
<i>Décrire les gains attendus eu égard à la mise en œuvre du protocole de coopération</i>		
<i>Pour le patient :</i>	<input type="checkbox"/> améliorer la préparation à l'intervention <input type="checkbox"/> anticiper la survenue de complications <input type="checkbox"/> identifier des complications pouvant être dangereuses précocement <input type="checkbox"/> réduire les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous de consultation non programmée <input type="checkbox"/> faciliter la compliance au traitement grâce au maintien du contact et du suivi avec l'IDE <input type="checkbox"/> améliorer l'efficacité de la chaîne de soins	

<i>Pour le délégué :</i>	<input type="checkbox"/> optimiser la chaîne des soins <input type="checkbox"/> développer des coopérations professionnelles <input type="checkbox"/> reconnaître l'expertise IDE
<i>Pour le délégant :</i>	<input type="checkbox"/> Optimiser le suivi. <input type="checkbox"/> Assurer un suivi de qualité et sécurité du suivi. <input type="checkbox"/> Gagner du temps médical pour d'autres activités professionnelles..

V. – RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET RECOMMANDATIONS	
<i>Quelles expertises ont été mobilisées pour la rédaction du protocole ?</i>	1 ^{ère} IDE, Anne Françoise Foiry: Formation en "enrichissement en soins infirmiers" et "communication et attitude facilitante" 2 ^{ème} IDE, Caroline Guillot: "enrichissement en soins infirmiers" et "accompagnement de la pratique clinique" 3 ^{ème} IDE, Sylvie Wolf: connaissances et compétences acquises depuis 1995. L'expérience montre que la demande d'information des patients auprès de l'infirmière est considérable. Nous avons montré dans 2 articles scientifiques publiés dans des revues à comité de lecture international que la crédibilité de l'infirmière en terme d'informations est de premier ordre (Marchand C et al Cognitive structures of obese patients undergoing bariatric surgery: a concept mapping analysis. <i>Obes Surg.</i> 2007 17 (10):1350-6 et França S. <i>Diabetes Metab</i> 2003; 29 (1): 72-8). Une réflexion sur la place des infirmière dans la prise en charge du patient "bariatrique" a été présentée par l'American Society of Metabolic and Bariatric surgery. Path to bariatric nurse certification: <i>Surg Obes Relat Dis.</i> 2010, 6, 399-407 Le protocole sera revu en fonction des évolutions des recommandations. Recommandation des bonnes pratiques de la HAS de 2009 sur la chirurgie de l'obésité
<i>Existe-t-il des expériences équivalentes documentées ?</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, citer la référence :
<i>Existe-t-il une réglementation sur ce sujet dans d'autre(s) pays ? Si oui : coordonnées éventuelles d'une personne contact dans ce(s) pays ?</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, dans quel pays ? Coordonnées personne contact :

VI. – EXPÉRIENCES ACQUISES ET/OU FORMATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES SUIVIES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ IMPLIQUÉS

Informations demandées dans le cadre du protocole de coopération :

<p><i>Décrivez les compétences à acquérir par le délégué pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Savoir interpréter les résultats des examens biologiques selon les protocoles prévus (annexe 1) <input type="checkbox"/> Savoir identifier des complications post chirurgicales, notamment les carences nutritionnelles <li style="padding-left: 20px;">Savoir solliciter l'avis d'un médecin en fonction de l'interrogatoire, de l'examen clinique et du résultat des examens biologiques <input type="checkbox"/> Savoir prescrire les micronutriments, le fer, les vitamines, selon les protocoles prévus (annexe 1) <li style="padding-left: 20px;">Savoir expliquer aux patients l'intervention réalisée, la prise en charge post-opératoire, les signes cliniques qui doivent l'amener à consulter un médecin <li style="padding-left: 20px;">Savoir juger de l'évolution de l'obésité dans toutes ses composantes et prévenir les récives <li style="padding-left: 20px;">Savoir accompagner psychologiquement le patient et dépister et orienter en cas de survenue de pathologies psychiatriques fréquentes..
<p><i>Décrivez le contenu <u>minimum</u> de la formation théorique à acquérir pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>Approfondissement théorique de la physiopathologie</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'obésité, ses causes, ses traitements, ses complications complétés par la participation aux staffs médico-chirurgicaux et aux journées annuelles de médecine et de chirurgie de l'obésité -l'interprétation des résultats du bilan sanguin - les complications pouvant survenir en post opératoire en fonction du type d'intervention réalisée - La rédaction de prescriptions <p>Approfondissement théorique des thérapeutiques (vitamines, fer), bonne connaissance de la pharmacologie et des interactions médicamenteuses.</p>
<p><i>Décrivez la formation pratique <u>minimale</u> suivie par le professionnel pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le délégué observe 20 consultations effectuées par le délégué <input type="checkbox"/> le délégué réalise 20 consultations en présence du délégué <input type="checkbox"/> le délégué assure seule 20 consultations, et bilan avec le délégué à la fin pour évaluer l'autonomie et les compétences du délégué. Le délégué vérifie le pourcentage de divergences entre la décision du délégué et celle du délégué, qui doit être inférieure à 10 %. <p>Ceci sera poursuivi par des bilans quotidiens de validation des dossiers.</p> <p>Le médecin responsable du service de nutrition valide, à l'issue de la formation, les compétences acquises par l'IDE, nécessaires à la mise en place du protocole. En cas de non validation de tout ou partie de ces compétences, il définit un nouveau plan de formation</p>
<p><i>Précisez le nombre d'heures minimum de formation théorique et pratique pour être capable de réaliser</i></p>	<p>100 heures, fiche d'évaluation joint en annexe</p>

<i>l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i>	Nombre d'heures de formation théorique	40 heures	Nombre d'heures de formation pratique	60h
<i>Précisez l'expérience professionnelle souhaitée pour être capable d'appliquer le protocole de coopération</i>	Ne peuvent rentrer dans le protocole de coopération, des IDE ayant travaillé dans un service de nutrition ou un service de chirurgie de l'obésité pendant au moins un an et ayant participé aux RCP IDE confirmée: 3 ans de diplôme + 1 an en nutrition			

VII. – INDICATEURS SELON LESQUELS L'EFFICACITÉ, LA SÉCURITÉ, L'UTILITÉ ET LE COÛT DE MISE EN ŒUVRE DU PROTOCOLE SERONT APPRÉCIÉS

A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ?
 Un indicateur n'a de sens qu'au regard de l'objectif poursuivi. Il appartient aux professionnels de santé, en fonction de la nature de leur activité, de l'objectif(s) poursuivi(s), de définir leurs indicateurs dans les 5 champs ci-dessous et lorsque cela est possible, ils fixeront un seuil d'alerte c'est-à-dire la limite à partir de laquelle les professionnels de santé devront réagir. Dans certains cas, les seuils d'alerte ne pourront être fixés qu'au vu des résultats des indicateurs de suivi.

1) Indicateurs proposés pour mesurer les résultats médicaux attendus pour les patients

IDE :
 Nombre de perdus de vue/Nombre total de patients pris en charge par l'IDE;

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ? (suite)

2) Indicateurs pour mesurer la satisfaction des acteurs qui mettront en œuvre le protocole de coopération.

<i>Obligatoire : La formation théorique a-t-elle été réalisée conformément au programme prévu. Si non, pourquoi ?</i>	Oui
<i>Obligatoire : La formation pratique a-t-elle été réalisée conformément au programme prévu. Si non, pourquoi ?</i>	Oui
<i>Obligatoire : La durée prévue a-t-elle été modifiée. Si oui, pourquoi ?</i>	Non
<i>Obligatoire : L'expérience professionnelle prévue dans la spécialité concernée était-elle adaptée. Si non, pourquoi ?</i>	Oui
<i>Obligatoire : Expliquer les modalités en œuvre pour le développement professionnel continu</i>	Formation à la rédaction d'une prescription. Formation à la lecture et à l'analyse de résultats de bilan sanguin. Formation au protocole rédigé par le délégué. Information sur l'obésité, les causes, les traitements par le biais des staffs médico chir, des journées annuelles de nutrition
<i>Autre(s) indicateur(s) pour mesurer la satisfaction des acteurs :</i>	<input type="checkbox"/> évaluation de la satisfaction des délégués et des délégués par questionnaire et tableau

3) Indicateurs pour mesurer la satisfaction des usagers qui seront pris en charge dans le cadre du protocole de coopération

Indicateur(s) pour mesurer la satisfaction des usagers : Nombre de patients quittant le protocole/nombre total de patients entrés dans le protocole

Zone info

Dans le cadre de la mise en œuvre d'un protocole de coopération, l'évaluation de la formation reçue et l'évaluation de la satisfaction des usagers sont obligatoires. Vous devez élaborer, par ailleurs, les indicateurs qui rendent compte de la satisfaction des acteurs et des usagers.

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ? (suite)

4) Indicateurs proposés pour mesurer l'impact organisationnel lié à la mise en œuvre du protocole de coopération

Temps effectif de la consultation infirmière

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ? (suite)

5) Indicateurs pour mesurer l'impact économique lié à la mise en œuvre du protocole de coopération

- Taux d'évènements indésirables liés à la coopération signalés par le délégué ou le déléguant
 Nombre de consultations intermédiaires (non programmées) pour réajustement/Nombre total de patients suivis par l'IDE

6) Les professionnels élaborent eux-mêmes les critères à partir desquels la fin de l'application du protocole de coopération devrait être envisagée

Le délégué ne souhaite pas poursuivre
 Nombre important (plus de 30%) de " drop out".
 Evénements indésirables via le suivi par Osiris.
 .

7) Les professionnels expliquent ici les modalités prévues pour la prise en charge du patient s'il est mis fin à la mise en œuvre du protocole de coopération

Information des patients sur l'arrêt des consultations IDE
 Information de l'équipe médico-chirurgicale
 Retour à l'ancien fonctionnement: suivi purement médico-chirurgical et diététique

📄 Zone info

Documents / outils / instances pouvant être utilisés ou consultés

- Sociétés savantes.
- Conseils nationaux professionnels spécialisés.
- HAS.
- AFSSAPS.
- Comités régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).
- Etc.

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

B) Calendrier de mise en œuvre

Étapes préalables au démarrage (décrire ces étapes : recrutement, formation, travaux d'aménagement, acquisitions de matériel d'équipement, ...)	Recrutement des IDE: OK Equipement: OK Ecriture des protocoles par le médecin: disponible Questionnaire satisfaction IDE à réaliser
Date de démarrage effective prévue	Mars 2012
Montée en charge éventuelle	
Durée prévue de la mise en œuvre	

VIII. – COMPÉTENCES COMPLÉMENTAIRES À INSCRIRE DANS LE PROGRAMME DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONCERNÉS

Compétences complémentaires à inscrire en formation initiale

Formation sur l'obésité, ses causes, ses traitements, ses risques et comorbidité associée au cours de la formation initiale des étudiants en soins infirmiers.

Compétences complémentaires à inscrire en formation continue (DPC)

Formation à l'éducation thérapeutique, formation sur la communication, formation sur la chirurgie bariatrique avec technique, risques et conséquences. Toutes ces formations sont accessibles dans notre CHU..

ESPACE À DISPOSITION POUR TOUTE(S) INFORMATION(S) COMPLÉMENTAIRE(S) SUR LE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

Annexe 5 : Comptes-rendus des entretiens

Annexe 5-1 : entretien du 12 mai 2020 avec les infirmières et la coordinatrice du CSO d'Orléans (zoom)

(nota : Cs = consultation)

Thématique : situation professionnelle

Quelle est votre profession / expérience ?

- Coordinatrice du CSO au CHR d'Orléans . Diététicienne de formation et formatrice en éducation thérapeutique.
- IDE sur le protocole de coopération au CHR d'Orléans en endocrinologie, diabétologie et nutrition rattachée au CSO d'Orléans.
- IDE depuis 2008; A exercé jusqu'en 2015 en unité d'endocrinologie, diabétologie nutrition en Hospi Complète, HDJ, Hospi de semaine, consultation, pansement en diabétologie et éducation thérapeutique. Elle tournait sur tous les postes et formée à l'ensemble de ces missions. Puis elle a intégré un HDJ commun à plusieurs disciplines médicales en 2015

Thématique : Situation dans le protocole / délégation de gestion

Date d'intégration dans la délégation ?

- Octobre 2017 ETP 40% jusqu'en Oct 2018 et depuis ETP 80%.

Motivation personnelle ?

- J'avais l'habitude de suivre les patients obèses depuis plusieurs années. Quand la coordo du protocole m'a proposé les Cs, ça me semblait dans la continuité de ce que j'avais fait jusqu'à présent.

Formations effectuées ?

- DU de prise en charge de l'obésité
- Formation à l'éducation thérapeutique du patient+ formation à l'entretien motivationnel et aux techniques d'accompagnement du patient.

Thématique : Récit de la mise en place du protocole

Genèse du protocole :

Le CHR d'Orléans est un grand centre avec une grande file active de patients et un protocole strict de suivi des patients pendant 5 ans. Les médecins ne voyaient les patients qu'une fois en Cs et HDJ pour permettre un suivi sans les voir en Cs. Les professionnels se sont dis qu'ils ne répondaient plus à la demande et n'étaient plus qualitatifs. D'où l'idée de venir EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2020

renforcer la présence médicale par une IDE qui venait compléter le dispositif de Cs pour améliorer la qualité de la prise en charge tout en soulageant les endocrinologues qui avaient des délais pour la Cs à 13 mois d'attente.

Le contexte :

La région Centre Val de Loire est le premier "désert médical" de France.

Perte de plusieurs médecins qui a entraîné un délai de consultation et une file active plus compatible avec les exigences de suivi des patients pdt 5 ans.

Il manque actuellement deux postes de nutritionnistes ce qui engendre une réelle carence médicale.

Quels profils de patients sont pris en charge ?

L'IDE ne suit que les patients qui ont bénéficié d'une chirurgie de l'obésité. Elle ne les voit que dans la période post opératoire.

Les femmes enceintes ne sont pas suivies par l'IDE, elles sont suivies par les médecins.

Modalités de mise en place :

L'équipe a eu connaissance du protocole de la Pitié Salpêtrière. On l'a adapté à nos besoins. On a fait à l'ARS+ HAS des demandes de modifications pour l'adapter à notre contexte. Le protocole pour des HDJ nous c'est pour des Cs. On a une Cs de plus par rapport au protocole de la Pitié et l'IDE de la Pitié prélevait des bilans sanguins et adaptait la thérapeutique par voie IV alors que moi j'adapte la thérapeutique par voie per os ou IV si besoin en programmant une HDJ les jours qui suivent.

On fait un cahier des charges avec toutes les modifications par rapport au protocole initial, puis ça passe en commission et acceptation par l'ARS.

Quelles relations avec le patient ?

Les patients adhèrent assez facilement au dispositif.

Thématique : Positionnement de l'infirmière dans le protocole

Répartition de tâches (clairement définie) ?

L'IDE participe aux RCP. Elle prend connaissance des dossiers avant la RCP. (Réunion de concertation pluridisciplinaire) et ensuite suit les patients en post op.

Le médecin voit le patient en post 6 semaines après son ITV en HDJ puis l'IDE le voit à trois mois en post op pour la première fois. Le patient est vu tous les trois mois la première année et tous les 6 mois les années suivantes en alternance avec le médecin. La Cs IDE permet d'avoir un suivi plus régulier et de limiter les carences en vitamines et les carences nutritionnelles post opératoires et de fidéliser le patient pour ne pas le perdre de vue. Lui faire une relance pour ses consultations.

L'IDE a une vigilance++ aux tâches déléguées. Car selon elle cela pourrait assez facilement glisser, bien que ses tâches soient clairement définies.

La coordinatrice dit à ce propos qu'en rédigeant leur propre protocole ils ont défini les limites de la coopération dans la délégation de tâches. Ce que l'IDE peut faire ou ne pas faire.

Si glissement l'IDE voit directement avec le médecin ou le chirurgien.

La délégation de tâches se fait par le médecin endocrinologue (le délégant). Pour autant l'IDE travaille également avec les chirurgiens sans délégation de tâches.

Elle participe au programme d'éducation thérapeutique médical et chirurgical et co-anime avec les professionnels des services (psychologue pour groupe de parole, diététicienne en préop)

Position de l'infirmière déléguée au sein de l'équipe pluridisciplinaire ?

- Pour l'instant une seule IDE

Connaissance et reconnaissance de l'organisation de cette consultation (financière, par les collègues) ?

- Selon la coordinatrice : C'est une IDE "méga formée" dans l'approche du patient et également dans l'obésité. Donc c'était vraiment la candidate idéale. Et le DU obésité a rassuré l'IDE et la légitimait dans le protocole de coopération. Selon la coordinatrice, la reconnaissance financière au travers de la prime de coopération n'est pas à la hauteur de l'investissement, et de plus elle fait des prescriptions, donc elle a un rôle d'IDE+++ ce problème de reconnaissance financière ou statutaire fait peut-être que l'on n'a personne d'autre de motivé par le poste.
- Selon l'IDE, par rapport aux collègues peu de contacts car fait exclusivement des consultations, car les patients ne sont pas hospitalisés, ils ne viennent que pour la consultation, plus de contact avec la diététicienne, la psychologue du service, pas de problème de reconnaissance au sein de l'équipe

Echanges sur les dossiers avec l'équipe et pas de problèmes

L'IDE a le sentiment d'avoir la reconnaissance et la confiance les médecins et des chirurgiens qui la contacte facilement lorsqu'ils ont des patients en difficulté et qu'ils ne peuvent pas le reprendre sur leurs consultations.

La satisfaction des patients est également valorisante

Connaissance et reconnaissance des partenaires externes du dispositif (MT) ?

- Un courrier de consultation est adressé au médecin traitant, les contacts téléphoniques avec les médecins traitants sont assez rares

Qui coordonne le parcours du patient après son retour à domicile ?

Les médecins traitants sont également peu nombreux et certains patients n'ont pas de médecins traitants

Les médecins traitants interviennent peu dans le suivi de la chirurgie bariatrique

Communication autour du dispositif ?

Seulement en interne auprès des équipes impactées par la prise en charge (endocrinologie, la chir, la psychiatrie de liaison,)

Nous n'avons pas communiqué en externe auprès des URPS ou des CPTS

Par contre le protocole est communiqué au patient lorsqu'il est en réflexion de chirurgie, tout est expliqué sur la prise en charge. Le patient et les équipes internes sont informés mais pas l'extérieur ni les médecins traitants

Thématique : séquençage

Ce qui a changé selon vous avec la délégation ?

- Le suivi des patients en termes de qualité s'est nettement amélioré, de moins en moins de patients perdus de vue. Si le patient rencontre des difficultés, la consultation infirmière est plus accessible en termes de délai que la consultation médicale
- Bien que le patient n'ait pas conscience de la prise en charge antérieure, ils sont très satisfaits et on un rdv tous les 3 mois pendant la première année et ensuite tous les 6 mois les années suivantes

Difficultés et zones d'inconfort ? Lesquelles ? Description (éléments déclencheurs ? résolution ?)

Le financement : La coordinatrice a monté un budget "un plan financier" pour montrer que l'IDE n'était pas un coût supplémentaire mais que l'IDE allait soulager les médecins. Le souci est que la Cs ne rapporte pas. Un "combat" pour montrer que le temps libéré en post op permettait aux médecins de voir des patients en amont avec potentiellement une chirurgie. C'est "bancal" car pas sûr que les patients soient opérés mais seulement PEC médicale.

Aujourd'hui on est suivi. Mais la coordinatrice pense que l'IDE coûte plus qu'elle ne rapporte financièrement parlant mais soulage les médecins et une qualité de PEC démontrée par le lien particulier avec le patient.

La Cs IDE est cotée comme une Cs médicale. La Cs est valorisée mais le temps de coordination passé par l'IDE, les RCP etc.... n'est pas valorisé.

La négociation pour augmentation du temps de 40% à 80% avec le DG. En mesurant le taux de satisfaction des délégants, du délégué, des patients. Ils sont toujours excellents.

La mise en place a été longue, les retours avec l'ARS c'est toujours fastidieux.

Sinon la mise en place c'est assez bien passé, au départ le temps IDE de 40% n'était pas suffisant mais on a joué le jeu,

La consultation au sein du CSO est compliquée par le fait d'avoir un box dédié au niveau des consultations médicales

Qui sont les perdus de vue ?

Actuellement sur 550 patients environ, on a perdu de vue une vingtaine de patients. Et 6 sorties du protocole car ils ont déménagé. Ne sait pas s'ils ont intégré un autre CSO.

Patients sans suivi en postop

Ce sont les patients que l'on n'arrive pas à contacter, il y a ceux que l'on a relancé plusieurs fois en leur disant de faire attention car il n'avait plus de rdv

Perdue de vue aujourd'hui sont les patients contactés par l'ide ou l'équipe plus de 3 fois et sans résultats, ou des patients qui prennent rdv mais qui ne viennent pas 3 fois de suite

Plusieurs scénarios : certains patients n'ont pas envie de se faire suivre, patients qui ont des difficultés organisationnels ou professionnelles pour se rendre au rdv, des patients qui peuvent être en échec et n'osent pas revenir, pas de profil particulier de patient identifié comme perdu de vue

Impact du Covid sur la délégation de gestion ?

L'ensemble des consultations ont été fermées à compter du 16 mars, l'IDE est repartie en service de soin en endocrino-diabète (le service auquel elle est rattachée) et les consultations ont reprises le 11 mai

L'ensemble des consultations sur la période du 16 mars au 11 mai ont été annulées au fur et à mesure en essayant de toutes les reprogrammer ce qui repousse un peu les délais mais l'ensemble des patients seront vus avant la fin 2020 en tout cas.

Formation IPA envisagée dans le cadre du protocole ?

La coordo : pour l'instant l'obésité n'est pas dans les pratiques avancées. Pourtant maladie chronique en fait elle peut être rattachée via les comorbidités à de la maladie chronique mais ce n'est pas le cas d'emblée. Et en plus cela voudrait dire encore de la formation aussi, il y a déjà eu le DU pendant quelques mois

Actuellement une seule personne sur le poste, donc quand absente pas de consultations

Thématique : Point de vue général sur cette prise en charge sur le dispositif

Que proposeriez-vous afin d'améliorer la consultation infirmière dans le cadre du suivi du patient? (en pré-opératoire par exemple)

La coordinatrice : Le préop n'est pas envisageable, cela paraît même cavalier, même si les délais d'attente sont très longs car plutôt prise en charge médicale, chacun doit rester à sa

place. Le patient doit absolument être vu par un médecin pour l'évaluation de toutes les comorbidités mais effectivement c'est ce qui se discute aujourd'hui

L'ide : les missions des médecins ont leur importance en pré chirurgie

Il faut savoir que la première consultation n'est pas forcément à visée opératoire, cela va plutôt être de la prise en charge nutritionnelle

L'amélioration souhaitée serait plutôt de pouvoir prendre contact avec les patients lors de leurs hospitalisations après chirurgie, n'est pas possible actuellement par manque de temps et du fait de la géographie des lieux (10 min de trajet). Cela permettrait d'avoir un premier contact avant leur sortie, de pouvoir se présenter, faire le point avec eux sur le protocole de coopération et l'importance du suivi et s'assurer de la programmation des consultations post-op

Faire le lien avec la chirurgie bariatrique, c'est le service de nutrition qui porte la chirurgie bariatrique, renforcer le lien pour produire du liant à la fois pour les équipes mais aussi pour le patient

De nouvelles dimensions à inclure pour le délégué (recherche...) ? Quel est l'avenir de ce poste selon vous ?

Pour l'instant le poste n'est pas pérenne. Tous les ans il faut montrer l'activité avec des indicateurs: le nbre de cs, les évènements indésirables, le taux de reprise, les perdus de vue. Pour montrer que la Cs fonctionne bien.

Le tableau des indicateurs est mis à jour tous les mois. On ajuste nos actions selon les résultats.

Le contexte actuel de désertification médicale concourt au fait de maintenir le poste

Le questionnement se fait actuellement sur le besoin de former une autre personne via un DU au cas où l'IDE viendrait à partir mais pour l'instant la prise en charge de l'obésité n'attire pas mais malgré tout actuellement pas de temps pour former une autre IDE

Annexe 5-2 : entretien du 18 mai 2020 avec les infirmières du CIO de la Pitié-

Salpêtrière (zoom)

Thématique : situation professionnelle / situation dans le protocole et la délégation de gestion

Profession ? Parcours ? Formation ?

Date d'intégration dans la délégation ? Motivation personnelle ? Formation effectuée ?

IDE HDJ Nutrition :

- 55 ans, IDE depuis une trentaine d'années, expérience d'une dizaine d'années en médecine générale, puis depuis plus de 20 ans en nutrition. Elle a ainsi vu les

changement de modalités de prise en charge, avec notamment l'arrivée de la chirurgie bariatrique (Hôtel Dieu + Pitié Salpêtrière)

- Adhésion au protocole depuis sa mise en place en 2013
- En poste à ce jour au sein de l'HDJ nutrition

IDE ayant adhéré au protocole ex IDE HDJ nutrition :

- 50 ans, IDE depuis une vingtaine d'années, expérience de 16 ans en chirurgie polyvalente, incluant la chirurgie bariatrique, de nuit (Hôtel Dieu), et depuis 12 ans à l'HDJ nutrition (Pitié Salpêtrière)
- Adhésion au protocole depuis sa mise en place en 2013
- A quitté depuis janvier l'HDJ nutrition pour une unité transversale qui gère la dénutrition en cancérologie.

Les deux IDE :

- Ont une expérience reconnue et une expertise, qu'elles avaient déjà valorisé « en salle » via leur consultation préopératoire sur la chirurgie bariatrique (ne rentrant pas dans le cadre du protocole).

La consultation post-opératoire est intervenue du fait de la prise de conscience de l'importance du suivi (pour éviter les complications...), pour donner plus d'autonomie aux infirmières, pour libérer du temps médical.

En outre, cette consultation post-opératoire existait de manière informelle à l'HDJ, du fait de la hausse du nombre de patients ayant été opérés et de la nécessité d'affiner le suivi post-chirurgie.

- Ont suivi une formation spécifique :
 - o DU d'éducation thérapeutique du patient pour une IDE
 - o DU obésité et prise en charge chirurgie bariatrique / obésité génétique pour l'autre IDE

Thématique : Récit de la mise en place du protocole

Genèse du protocole Quels profils de patients sont pris en charge ? Modalités de mise en place ? Quelles relations avec le patient ?

Le protocole de 2013 a été élaboré à l'initiative de l'ancien chef de service de l'HDJ, médecin nutritionniste-endocrinologue. Ce médecin avait relevé la surcharge des consultations médicales et voulait libérer du temps médical pour les situations plus difficiles en s'appuyant sur l'expertise IDE en laquelle il avait toute confiance. La consultation IDE, réservée à des patients ciblés par un questionnaire permettrait de libérer du temps sur les patients « première fois » avec des obésités importantes et pluripathologiques.

Le protocole a été long et fastidieux à mettre en place : en effet, le dossier à déposer à l'ARS nécessite un temps important quant à son élaboration, l'investissement d'une chef de clinique référente du projet et d'une cadre a été nécessaire. En outre, une condition de l'ARS pour accepter le protocole réside dans le fait qu'il doit pouvoir être étendu sur le territoire (nécessité d'avoir un protocole très clair et très détaillé). Ainsi, deux ans se sont écoulés entre la genèse du projet en septembre 2012 et la mise en place effective de la consultation en janvier 2015.

Il convient de relever que le protocole de consultation infirmière ainsi mis en place en 2013 à la Pitié Salpêtrière a été le premier en matière de suivi post-chirurgie bariatrique – donc le plus lourd.

Le patient est inclus dans le protocole avec l'accord du patient (formalisé par sa signature). Cet accord a été recueilli sans problème car le patient était par ailleurs suivi régulièrement par l'HDJ et plus généralement par les services de l'hôpital (cf détail des suivis).

Tous les patients sont inclus dans le protocole sauf :

- Les femmes enceintes
- Les enfants et adolescents.

Thématique : Positionnement de l'infirmière dans le protocole

Répartition de tâches (clairement définie) ? Position de l'infirmière déléguée au sein de l'équipe pluridisciplinaire ? Connaissance et reconnaissance de l'organisation de cette consultation (financière, par les collègues) ? Connaissance et reconnaissance des partenaires externes du dispositif (MT) ? Qui coordonne le parcours du patient après son retour à domicile ? Communication autour du dispositif ?

Dans le cadre du protocole, il s'agissait de mettre en place une consultation autonome, sur le modèle de ce qui était fait sur l'HDJ en préopératoire et au-delà, avec des plages de consultations / vacations, permettant aux IDE de prescrire certains médicaments au regard de l'analyse des examens du patients, de reprogrammer une hospitalisation en cas de complication (HDJ ou HC pour des investigations...), de recourir à un médecin si besoin.

La consultation infirmière intervenait sur un créneau de 11h30 -12h30 voire 13h (le temps du repas). Elle intervenait auparavant de façon moins formalisée, pour rappel, toujours au sein de l'HDJ.

Ainsi dans cadre du protocole, un temps était aménagé, ce temps n'est pas pour autant financé selon les IDE (en tous cas pas par d'autres crédits que les ressources liées à la cotation de l'activité type acte NGAP ou CCAM).

L'expertise IDE est reconnue depuis longtemps dans le service d'HDJ, y compris auprès d'autres corps de métier (éducateur sportif, diététicienne, psychologue...). Il n'y avait pas de souci au sein de l'HDJ entre IDE car toutes les IDE faisaient partie du protocole, mais cela aurait sans doute posé problème dans un autre service avec davantage d'IDE (avec des IDE consultant et d'autres non).

Les IDE ne participaient pas aux RCP (présentation du patient chirurgie et nutrition) faute de temps : elles ont 10 patients jours en HDJ et ne peuvent pas se libérer le matin.

En pratique, la coordination du suivi du patient est assurée au sein de l'hôpital par l'IDE de chirurgie bariatrique (et non pas, les IDE qui réalisent les consultations étant dédiées à l'HDJ). En fait deux suivis sont effectués en parallèles : le suivi chirurgical avec l'IDE coordinatrice qui repère d'éventuels perdus de vue, et le suivi nutrition qui intervient à plus long terme. Les relations sont très intriquées avec l'IDE de chirurgie.

Les IDE expliquent qu'elles ne vont pas non plus aller rechercher les patients non vus au-delà de 2 ans, car cela ne fait pas partie de leur tâche. Cette coordination « nutrition » manque.

Les médecins traitants ne connaissent pas le dispositif : leur information dépendait du patient qui leur remettent ou non le compte-rendu de la consultation infirmière. Le compte-rendu n'était pas envoyé directement au médecin.

La communication autour de la délégation de tâche a été réalisée en interne, auprès de la vingtaine de médecins attachés du service, mais pas au-delà du service, ou de l'hôpital, et certains médecins consultants ont appelé pour se décharger d'une partie de leur patientèle. L'information auprès des patients a été diligentée par les infirmières elles-mêmes.

Thématique : séquençage

Ce qui a changé selon vous avec la délégation ?

Difficultés et zones d'inconfort ? Lesquelles ? Description (éléments déclencheurs ? résolution ?)

Ce qui a été facilitant - Ce qui a été un frein ?

Qui sont les perdus de vue ?

Impact du Covid sur la délégation de gestion ?

Formation IPA envisagée dans le cadre du protocole ?

La délégation n'était pas un gros changement, l'expertise des IDE étant vraiment reconnue. L'IDE HDJ Nutrition mentionne que peut-être il y a par ce biais plus de reconnaissance de la part du patient sur le travail infirmier.

Cette délégation a effectivement permis de dégager du temps médical, quand elle existait.

Un frein à la continuation du protocole réside dans le fait que la personne à l'ARS qui a suivi le protocole a signalé incidemment en 2019 (à l'occasion des travaux d'un stagiaire en master sur la coopération) que les IDE étaient hors protocole dans le cadre des prescriptions et n'étaient pas habilités à signer les prescriptions :

- Concernant les mentions les IDE ont l'autorisation selon le protocole de prescrire en lieu et place du médecin, mais il aurait peut-être fallu rajouter dans le protocole que les IDE pouvaient signer les prescriptions,
- Car les IDE n'ont pas de numéro de RPPS comme les médecins,
- Au départ, seulement 3 médecins étaient inclus dans le protocole, or la consultation infirmière a été ouverte à tout le service. Avec plusieurs délégués, il aurait fallu faire un avenant.

In fine, la règle désormais dans le cadre du protocole est de faire contresigner la prescription par le médecin. La prescription « autonome » des IDE n'intervient donc plus à la Pitié Salpêtrière.

Le temps infirmier lors de la mise en place du protocole était plus important en HDJ, du fait de la présence de 3 IDE. Le passage à 2 IDE du fait de la longue maladie de la 3^{ème} IDE réduit de facto la disponibilité IDE pour leur consultation : c'est un problème majeur à ce jour « n'ayant plus de temps pour consultation infirmière on n'en fait plus ». La consultation infirmière est effectivement interrompue depuis fin 2018 (quelques rares consultations infirmières début 2019).

Le protocole pourrait être frappé de caducité du fait de l'absence de vie de la délégation : une réflexion est entamée pour le maintenir (en intégrant le temps IDE lors du passage des perfusions en HDJ par exemple).

Le temps infirmier dans le cadre du protocole est un temps dédié dans l'organisation (les IDE se libèrent de l'HDJ pour effectuer leurs consultations sur le temps de repas) mais non financé.

En effet, le problème (le plus important peut-être selon les IDE) concernant la consultation infirmière réside dans la valorisation financière de cette activité.. Les IDE cotaient un acte médical infirmier X 4 (soit un AMI 4, environ 12 Euros). Mais d'une part cette cotation a cessé d'être facturée et d'autre part cette ressource est insuffisante pour l'hôpital, et ne permet pas de la rentabiliser (en tous cas pas à hauteur d'une CS de référence à 25 Euros).

Un frein potentiel évoqué est la non-adhésion de certains médecins (minoritaires à la Pitié Salpêtrière) au protocole, car ces derniers n'ont plus les patients « moins difficiles » et/ou considère que ce suivi relève de leurs compétences exclusives.

Les patients sont particulièrement suivis la première année. Les perdus de vue interviennent après un an. Le suivi est détaillé infra (avec un système d'alternance).

Le Covid a impacté l'activité de chirurgie bariatrique et d'HDJ au-delà du protocole :

- Les IDE ont été dédiées aux unités Covid,
- L'HDJ a été suspendu,
- Les téléconsultations n'ont pas été mises en place (en tous cas pas pour les IDE, puisque leur consultation dans le cadre de la délégation avait déjà cessé),
- La reprise de la chirurgie bariatrique n'interviendra qu'à compter de la semaine du 25 mai 2020.

Les deux IDE voient d'un œil enthousiaste la mise en place du dispositif IPA voient un beau projet, et une vraie reconnaissance de la profession. Mais aucune ne se voit à ce jour suivre cette formation de 2 ans. En effet, l'IDE HDJ Nutrition évoque son âge relatif, et l'autre IDE est partie sur d'autres missions qui demandent d'acquérir d'ores et déjà de nouvelles compétences. Elles espèrent que la formation IPA devrait appuyer la possibilité d'avoir du temps dédié, du moins elle pourrait aller dans le sens de la valorisation de l'expertise IDE. Les deux IDE évoquent la prime de coopération, mais soulignent que la valorisation de leur salaire n'est pas le cœur du problème concernant la vie de cette consultation infirmière.

Thématique : Point de vue général sur cette prise en charge sur le dispositif

Que proposeriez-vous afin d'améliorer la consultation infirmière dans le cadre du suivi du patient? (en pré-opératoire par exemple) De nouvelles dimension à inclure pour le délégué (recherche...)?

Quel est l'avenir de ce poste selon vous ?

Le temps dédié et le financement sont les deux axes d'amélioration du protocole (ces deux éléments sont identifiés comme les freins de la consultation à ce jour). Les deux IDE évaluent le temps dédié nécessaire à la consultation infirmière à 2 demi-journées.

Les questions suivantes nécessitent un aménagement du protocole :

- extension de la délégation à d'autres médecin que les trois initialement prévus,
- aménagement de la prescription autonome (pour ne plus avoir à recourir au contreseing médical).

A ce jour, il est davantage question de sa pérennisation, avec le retour espéré de la référente (chef de clinique, partie un an à l'étranger) pour faire avancer les choses. En fait, la situation est revenue en arrière : car la consultation n'existe plus réellement, l'expertise est toujours là, les problèmes de disponibilité médicale aussi, mais sans reconnaissance formelle, organisationnelle, financière.

Focus : le suivi post opératoire à la Pitié Salpêtrière

Quand ?	Nature	Suivi réalisé par :
J + 1 mois	Suivi CHIR	Chirurgien et diététicienne
J + 3 mois	Suivi HDJ-Nutrition	Bilan entrant dans le cadre de l'HDJ / médecin nutritionniste – IDE reprogramme un suivi en HDJ à 18 ou 24 mois
J + 6 mois	Suivi CHIR	Chirurgien et diététicienne
J + 12 mois	Suivi HDJ-Nutrition	Médecin nutritionniste
J +18 mois	Suivi HDJ-Nutrition ou suivi CHIR (alternance)	Médecin nutritionniste ou chirurgien (alternance)
J + 24 mois	Suivi HDJ-Nutrition ou suivi CHIR (alternance)	Médecin nutritionniste ou chirurgien (alternance)
J + 36 mois ... J + 5 ans	Suivi HDJ-Nutrition	Médecin nutritionniste

*Si le patient n'est pas du tout suivi dans le secteur de nutrition il n'est suivi qu'en chirurgie et ne reviendra en HDJ que pour un rendez-vous à J+ 5 ans ou si patiente enceinte / ou si difficultés.

L'IDE déléguée peut réaliser la consultation à la place du médecin nutritionniste (dans le cadre de l'HDJ pour bilan etc ou en consultation de suivi sans autre acte).

Annexe 5-3 : entretien du 19 mai 2020 avec le chef de service nutrition de la Pitié-Salpêtrière (zoom)

Propos introductif du chef de service pour présenter sa structure:

Equipe médicale de 6-7 médecins permanents avec une orientation spécifique pour chacun, importance de la prise en charge multidimensionnelle par l'intervention de plusieurs professionnels, bâtiment de 6 étages, 10 places par jour d'HDJ, 13 lits au total (secteur conventionnel et secteur de semaine, 6000-7000 consultations externes annuelles, importance de l'éducation thérapeutique, partenariat avec des structures extérieures : clubs, associations.

Quelle est la genèse de la création du protocole ?

La nécessité du protocole vient de la hausse du nombre de patients opérés en chirurgie bariatrique. Le besoin de personnes compétentes est nécessaire au suivi du patient. Le CHU a voulu expérimenter un nouveau modèle. La nécessité de construire le projet avec les infirmières s'est imposée naturellement.

Les Centres obésité ont été mis en place en 2012 donc c'était concomitant. Cela s'inscrit dans la dynamique du plan obésité (2010-2013).

Comment a été envisagée la valorisation de la consultation ?

La mise en place du protocole a été réalisée en premier, la question du temps dédié s'est ensuite posée très rapidement.

La caisse primaire d'assurance maladie est-elle intervenue ?

Les échanges ont eu lieu avec la CNAM pas la caisse primaire. Des réunions ont eu lieu. Cela n'a pas abouti à la création d'une valorisation spécifique en dehors de l'AMI.

Pourquoi cela a échoué ?

Je ne sais pas. Il y'a peut-être un problème de corporation. Cela n'a peut-être pas été considéré comme un sujet important.

Les IDE nous ont annoncé qu'elles cōtent des AMI 4 mais cela représente peu (12€).

Y'a t-il eu des difficultés avec la direction financière ?

12€, c'est peu mais cela représente quelque chose. L'idée est de faire reconnaître une activité, ce n'est pas totalement négatif mais si cela ne pas tient pas compte du travail effectué.

Une MIG Education thérapeutique existe, un dossier a t-il été déposé ?

Le cadre de cette MIG est très contraint. Le service a un service reconnu par l'ARS mais le parcours de chirurgie bar iatrique représente une partie de l'éducation thérapeutique de l'établissement. C'est l'établissement qui reçoit les crédits car les crédits ne sont pas fléchés spécifiquement vers une partie de l'éducation thérapeutique. Le service ne fait que de l'éducation thérapeutique seulement.

La délégation de signatures pour signer les ordonnances en autonomie fonctionne elle sans passer par une IPA ou cela ne fonctionne même pas via une délégation signée dans un protocole ?

Ce problème est apparu secondairement. Cela a posé une question d'exercice illégal au début. La question des ordonnances pose aussi la question de la reconnaissance du travail. La question de la reconnaissance est centrale dans ce projet. Elle permettrait de discuter avec la direction des soins pour dégager du temps infirmier, c'est là le vrai enjeu. La question des ordonnances est secondaire mais le point de vue des IDE s'entend.

Quel est le point de vue des médecins de la structure dans le cadre de ce protocole ?

Ils sont tous en faveur du développement du protocole pour dégager du temps médical pour le suivi habituel des patients.

N'y aurait-il pas le problème de corporation évoqué plutôt ? Sont-ils d'accord avec la délégation ?

C'est différent pour les actes techniques comme l'imagerie. Ici, les médecins ne sentent pas dépossédés. La question de la montée en compétences des IDE pour améliorer les parcours est souhaitée. Il n'y a pas d'opposition.

Avez-vous pu obtenir du temps IDE pour ce projet ?

Les cadres ont donné du temps aux IDE pour faire ce projet.

Avez-vous des difficultés de recrutement de temps paramédical à Paris ?

Oui, de nombreux postes sont vacants à l'AP.

Le dispositif mis en place avec les infirmières est-il reconnu à l'extérieur ? Y'a t-il une communication spécifique ?

Le protocole de coopération est médical tandis que les partenaires extérieurs évoqués en début d'entretien sont des associations, clubs. Il n'y a pas d'interférence.

Par rapport aux médecins traitants, sa place est présente dans les documents. Si on lit le rapport de l'IGAS ou de la cour des comptes, on explique que le médecin traitant doit être au cœur du dispositif. Or, le médecin traitant n'est pas forcément intéressé par les patients obèses (point de vue du spécialiste) car la prise en charge est difficile.

La communication des IDE se fait vers le médecin référent du patient dans le service.

Une fois que le patient est retourné à domicile, qui coordonne le suivi ?

Il faut faire la différence entre protocole de coopération et activité de coordination. Ici, on parle de coopération de professionnels dans la question. La coordination est l'organisation du parcours (rendez-vous, résultats).

Dans le service de chirurgie bariatrique, une IDE a un rôle de coordination.

La coordination pour la partie dans le service de nutrition est faite par le médecin référent grâce aux secrétaires médicales qui coordonnent le suivi du patient.

Une IDE est tout à fait indiquée pour le suivi du parcours en chirurgie bariatrique car il faut connaître les soins, interagir avec le patient, être réactif.

Comment s'organise la coordination ?

Il y'a une coordination car le patient à sa sortie de chirurgie a tous ses rendez-vous dans la première année (suivi de chirurgie, diététicienne). C'est davantage du travail de secrétariat pour fournir tous les rendez-vous au patient à sa sortie.

Le protocole a fonctionné pendant plusieurs années, actuellement il n'y a plus de coopération en place, de quoi avez-vous besoin pour le faire redémarrer ?

On a besoin de temps infirmier, et pour avoir du temps infirmier on a besoin d'une valorisation. C'est la question clef.

La solution est-elle de passer par l'utilisation de l'IPA plutôt que de passer par le protocole ?

Possiblement

Est-ce que cela figure dans le projet de soins ?

Non, je ne sais pas exactement.

Les IPA étant formées à la coordination des parcours, est-ce une solution à envisager ?

Une personne est formée (IDE de coordination pour la dénutrition) mais il faudrait en former d'autres. C'est une bonne idée.

Pour l'organisation des consultations infirmière, avez-vous penser de les positionner sur les consultations pré-opératoires pour enrichir la prise en charge ?

Le protocole était pour le suivi, la question se pose plus pour le suivi que la préparation. La préparation requiert de la diététique et psychologie qui ne sont pas dans le champ de l'infirmière.

Concernant les nouveaux modes de rémunération des parcours, la solution du financement au parcours, plutôt qu'à l'acte, est-elle intéressante ?

Oui, c'est une solution. Le financement à l'acte s'articule mal avec les pathologies chroniques. Nous avons travaillé sur un projet d'article 51 qui a été accepté (mais retardé par le Covid). Le projet s'adresse à des chirurgies bariatriques simples avec un forfait préopératoire, un forfait pour le suivi des 2 premières années et un forfait pour le suivi extérieur.

Déterminer un forfait pour plusieurs consultations peut être envisagé également (mono-disciplinaire ou pluridisciplinaire). Il est important que les patients soient connus pour faciliter le suivi. Actuellement, nous suivons des patients sans complication plusieurs années après l'opération, il serait plus logique de passer par un protocole de coopération ou le médecin traitant.

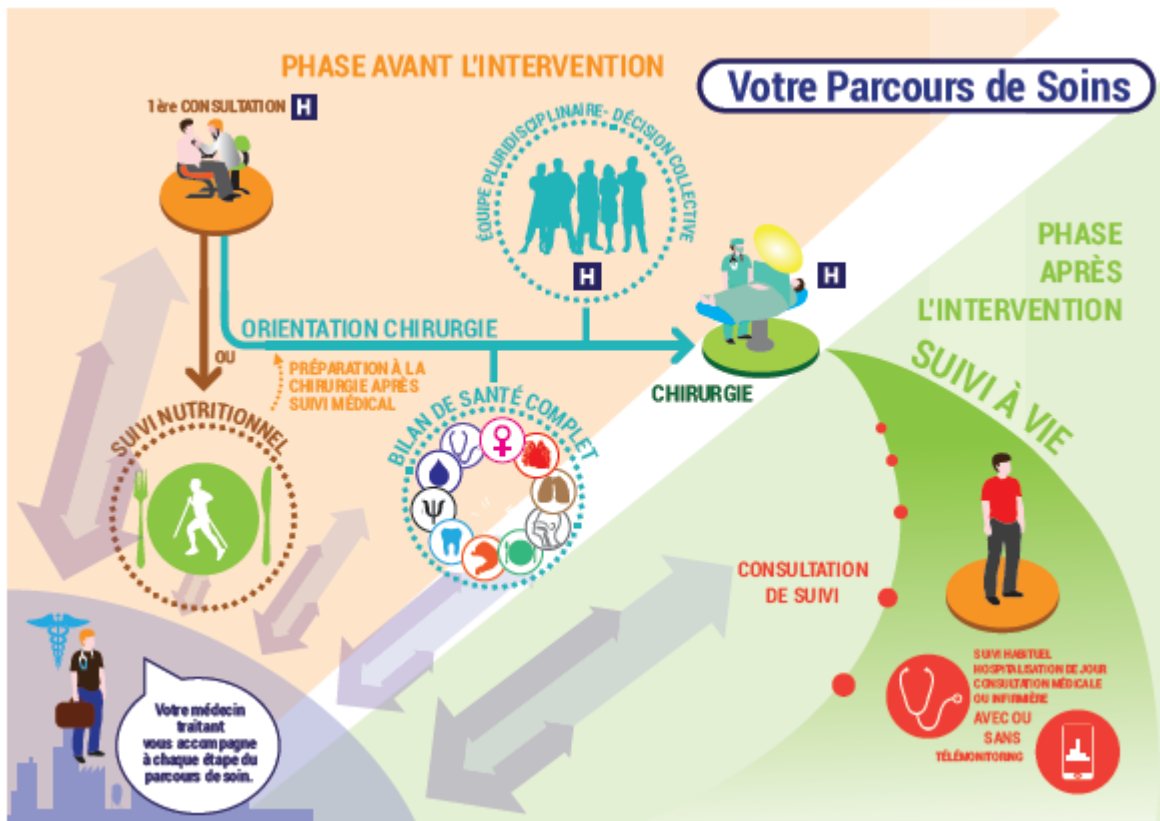
Est-ce que l'arrêt du protocole de coopération a influencé le taux de perdus de vue ?

Je ne sais pas.

Qu'est-ce que l'arrêt du protocole est changé dans votre exercice professionnel ?

Cela donne plus de travail aux consultations ou aux HDJ. Cet impact n'est pas mesuré.

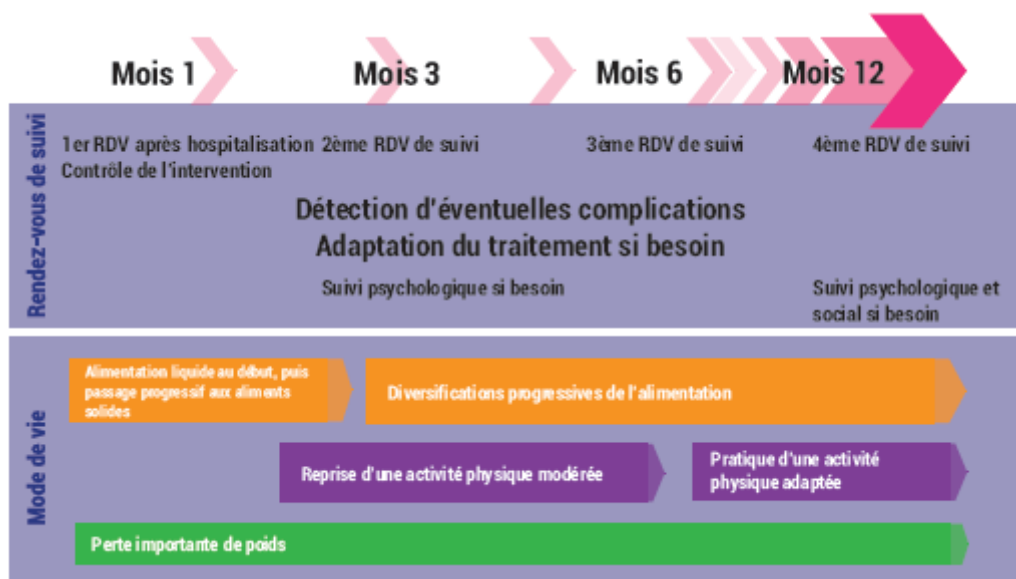
Annexe 6 : Exemple de livrets parcours patient (avant la chirurgie et après la chirurgie)



ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ APRÈS LA CHIRURGIE BARIATRIQUE TOUT AU LONG DE SA VIE, ENSEMBLE...



LA PREMIÈRE ANNÉE



Date du RDV	Objet du RDV	Dates	Que dois-je apporter ou faire ?	Objectifs
Mois 18	Consultation avec le médecin, la diététicienne ou une infirmière		Mon bilan vitaminique*	Adapter les traitements et rechercher les carences
Mois 24	Consultation avec le médecin, la diététicienne ou une infirmière		Mon bilan vitaminique*	Adapter les traitements et rechercher les carences
Mois 36	Consultation avec le médecin, la diététicienne ou une infirmière		Mon bilan vitaminique*	Adapter les traitements et rechercher les carences
Mois 48	Consultation avec le médecin, la diététicienne ou une infirmière		Mon bilan vitaminique*	Adapter les traitements et rechercher les carences
Mois 60	Hôpital de jour ou Consultation avec le médecin, la diététicienne ou une infirmière		Mon bilan vitaminique*	Adapter les traitements et rechercher les carences

* le bilan est prélevé en ville et vous devez l'apporter à la consultation afin que votre médecin puisse adapter vos substitutions vitaminiques et vos traitements. Si vous êtes attendus en hôpital de jour, le bilan sera prélevé à cette occasion.

Les protocoles de coopération dans le domaine de la chirurgie bariatrique : le point sur leurs conditions de mise en place et les différents acteurs favorisant leur déploiement

Frédérique BRIED (EDH), Sami DENAVIT (EDH), Marie LE HUEROU (EAAH), Olivier MARTINEZ (ED3S), Patricia PHARAM (EDH), Cécile RODIGUEZ (EDS), Stéphanie TRAVAILLARD (EDS), Mélanie VIAL (ED3S)

Résumé : La pathologie de l'obésité a connu au cours des 20 dernières années en France une progression très rapide, au point de devenir une priorité de santé publique. L'accroissement des besoins de prise en charge de ces patients a nécessité la mobilisation de nombreux professionnels de santé (nutritionnistes, diététiciens, psychologues, infirmiers, médecins généralistes et chirurgiens spécialisés en bariatrique). Or, concomitamment, la France connaît une grave problématique de démographie médicale. L'article 51 de Loi HPST, a autorisé la conclusion de protocoles de coopération permettant des délégations de tâches entre infirmiers et médecins. Plusieurs centres spécialisés dans le traitement de l'obésité ont mis en œuvre ces protocoles afin de dégager du temps médical, en permettant à des infirmiers expérimentés en bariatrique, d'assurer des consultations de suivi post-opératoire, en lieu et place des médecins. Le centre de la Pitié-Salpêtrière a été le pionnier en innovant ce protocole de coopération en 2013, avec l'accord de l'ARS et de la HAS.

Toutefois, si l'on constate, au travers des retours de questionnaires adressés aux CIO et CSO de France et des entretiens que nous avons menés avec deux équipes ayant mis en place ces protocoles (La Pitié-Salpêtrière et Orléans), le bénéfice que les patients et les équipes ont retiré de cette organisation, ces protocoles se heurtent aujourd'hui à des difficultés diverses que nous avons essayés de mettre en exergue (lourdeurs administratives, absence de temps dédié, de rémunération des consultations de suivi déléguées aux infirmiers, la délégation de responsabilité, le droit de prescription). Ce mémoire tente de dégager les freins et les avantages relatifs à ces protocoles et propose des axes de réflexion qui pourraient permettre d'en assurer la pérennisation au bénéfice des patients et des équipes.

Mots clés : *Bariatrique, Protocole de coopération, délégation de tâches, consultation de suivi.*

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs