Conférence Nationale
des URPS Médecins Libéraux

HAUTE AUTORITE DE SANTE
5 avenue du Stade de France
93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

Objet : ***Avis de la CN URPS-ML sur le protocole PC 133***

Paris, le 13 Septembre 2019

Mesdames, Messieurs,

Nous vous remercions d'avoir transmis le 15 Mai 2019 le protocole de coopération 133 à la Conférence Nationale des URPS-ML pour avis.

Sa Commission de travail s'est réunie et vous trouverez ci-dessous son avis.

Protocole de coopération : PC 133 : « Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée avec ou sans télémédecine des patients traités pour insuffisance cardiaque par une infirmière », déposé par l'ARS Ile-de-France.

Ce protocole consiste à organiser la prise en charge précoce et un suivi rapproché de l'insuffisance cardiaque (IC), pour optimiser rapidement le traitement médical qui stabilise la maladie, freine son évolution et diminue la morbi-mortalité (décompensations cardiaques, hospitalisations, décès) par un(e) infirmièr(e), en lieu et place du médecin traitant et de l'infirmière libérale attitrée du patient.

I. Description du protocole

1. **Le Promoteur du Protocole** est l'hôpital universitaire Henri Mondor, au niveau de la « Cellule de Coordination de l'Insuffisance Cardiaque et des Cardiomyopathies » du service de cardiologie.

2. **L'objectif** consiste à permettre « une prise en charge précoce et un suivi rapproché de l'insuffisance cardiaque pour optimiser rapidement le traitement médical qui stabilise la maladie, freine son évolution et diminue la morbi-mortalité.

Soit pour les patients :

- optimiser les thérapeutiques avec un objectif de titration tous les 15 jours (recommandations HAS) ;
- faciliter la prise en charge ambulatoire en simplifiant le parcours de soins afin d'éviter les passages dans les services d'urgences, diminuer les hospitalisations et améliorer la qualité de vie ;
- faciliter la coordination des actions en cas d'alerte.

Soit pour les délégants :

- respecter les recommandations de l'HAS ;
- assurer un parcours de soins coordonné où chaque acteur intervient au bon moment de la prise en charge ;
- s'inscrire dans la stratégie nationale de santé visant à « améliorer les parcours de soins des pathologies chroniques ».

3. Les actes dérogatoires sont multiples

a) Décider de l'opportunité de proposer au patient d'être inclus dans le protocole et recueillir le consentement du patient au protocole

à partir de l'anamnèse et des données du dossier médical, après diagnostic de l'IC ou après orientation par un médecin cardiologue.

b) Réalisation de consultations de suivi de l'insuffisance cardiaque, comprenant :

- l'examen clinique ;
- l'ECG : poser l'indication, le réaliser, l'interpréter ;
- la prescription des analyses biologiques en lien avec l'IC, et l'analyse des résultats (NFS, ionogramme sanguin, créatininémie, urémie, peptides natriurétiques, troponine, CRP, bilan martial, INR, bilan hépatique) ;
- l'optimisation du traitement de l'IC (initier, adapter, arrêter des traitements anti-hypertenseurs au profit d'un traitement de l'IC).

c) Si cette consultation est en télésurveillance, réaliser la téléconsultation après nécessité de la mettre en place, former le patient…

d) Décision d'orientation du patient :

Retour au domicile, appel du délégant, envoi vers d'autres consultations (cardiologues MG, paramédicaux...).

e) Prescription du transport du matériel pour maintien à domicile

f) Prescription des vaccinations antigrippales, antipneumococciques

Le délégant reste joignable à tout moment.

4. La formation

Comprend 50 heures théoriques et 50 heures pratiques.
Parmi celles-ci, 30 consultations en supervision par le délégant, tracées comme celles en observation, ou en binôme dans le carnet de stage.

Une activité de 80 consultations/mois est requise, avec suivi de 20 patients en télésurveillance.

5. La supervision

- d'au moins 10% des dossiers ;
- est réalisée au minimum une fois/mois ;

Le délégué assiste aux réunions mensuelles de revue des dossiers médicaux.

Une analyse des pratiques est réalisée trimestriellement la première année de mise en œuvre du protocole, puis annuellement.

II. Les questions que soulève ce protocole

Cette description d'un suivi de l'insuffisance cardiaque ne correspond-elle pas au suivi du patient par le médecin traitant, à l'aide, à ses côtés, de l'Infirmière Diplômée d'État Libérale, se rendant au domicile des patients très régulièrement **dans le cadre de la surveillance de l'insuffisance cardiaque, rendant compte par messagerie sécurisée au médecin traitant de l'état du patient et, au signal d'alarme, dans le cadre d'un plan de soin, selon une conduite à tenir protocolisée, le contactant directement par son téléphone portable – et très bientôt par un système de type « WhatsApp » sécurisé, à l'étude dans certaines URPS ?**

Nous assistons à une délégation de multiples compétences médicales : cette délégation nous paraît adaptée pour la compétence du médecin traitant suivant son patient par l'intermédiaire de l'IDE cotant l'AMI 5.8 à la suite d'une hospitalisation pour décompensation d'une insuffisance cardiaque, se rendant au domicile du patient une fois par semaine pendant 2 mois et, à la moindre alerte, demandant au médecin traitant de se rendre au domicile du patient (sur une durée de 4 à 6 mois avec 15 surveillances).

Conférence Nationale
des URPS Médecins Libéraux

C'est la réalité de la surveillance coordonnée dans le cadre des soins de premier recours de nombreux médecins avec les IDE de leur proximité, qu'ils soient installés dans des cabinets de médecins, regroupés en Maison de Santé Pluriprofessionnelles ou en Équipes de Soins Primaires, ou bien déjà en Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

De plus, de nombreux médecins parmi eux sont des Maîtres de Stages Universitaires. Il est donc fondamental que ce temps de formation, de supervision, soit consacré aux internes ou bien aux médecins en cabinet qui le demandent car, eux-mêmes, formeront à leur tour de nombreux médecins qui auront cette culture du travail coordonné et non du travail « abandonné ».

Enfin, quelle sera la couverture assurantielle de l'IDE libérale qui réaliserait de telles « consultations » en dehors du contexte du salariat hospitalier ?

En conclusion : **Ce protocole nous paraît inacceptable, quant aux multiples actes dérogatoires allant à l'encontre de la notion de prise en charge ambulatoire, celle-ci ne correspondant pas au remplacement des libéraux en ville par les hospitaliers, mais à un travail coordonné permettant une prise en charge précoce des patients hors hospitalisation par les libéraux se structurant selon de multiples modalités pour ce faire. Le but serait-il donc la disparition des médecins spécialistes de médecine générale ?**

Restant à votre disposition, nous vous prions de croire, Mesdames, Messieurs, à l'assurance de nos salutations les plus cordiales.

Docteur Philippe ARRAMON-TUCOO
Président de la CN URPS-ML
Président de l'URPS-ML-Nouvelle-Aquitaine

37 rue des Mathurins – 75008 PARIS ◆ E-mail : contact@cn-urps-ml.org