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 PCN 03***

Paris, le 23 Mars 2022

Mesdames, Messieurs,

Nous vous remercions d'avoir transmis le 15 Février 2022 le protocole de coopération national 03 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 : PCN 03 : « Coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou handicapés en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins ».**

## I. Le protocole

### 1. Intitulé du protocole

Il concerne des patients :

- de plus de 65 ans dont l'état de santé nécessite un suivi médical et qui ne peuvent pas se déplacer au cabinet médical pour cette surveillance ;
- de tous âges présentant toute forme de handicap reconnu par la MDPH ;
- pour lesquels le médecin s'est déplacé au moins 3 fois au domicile l'année précédente et/ou ayant un score IADL pour les déplacements modifiés < 1.

### 2. Objectifs de mise en œuvre

- « Permettre un suivi interprofessionnel et coordonné de ces patients entre médecins et infirmiers libéraux afin qu'ils puissent bénéficier d'une prise en charge adaptée à leurs besoins, en toute proximité et sécurité.

…/…

…/…

- Éviter ou prévenir les situations pouvant amener à une rupture de parcours, à une décompensation de maladie chronique, à une plus forte dépendance ou à une hospitalisation.
- Prévenir les hospitalisations évitables, éviter les transferts inutiles, l'inconfort du patient, le risque d'infection nosocomiale.
- Favoriser le maintien à domicile.
- Renforcer le binôme médecin-infirmier, maillon opérationnel « historique » des prises en charge de proximité.
- Développer une approche centrée sur le patient : l'équipe MG-IDE établit un plan personnalisé de soin pour le maintien à domicile du patient, en assure le suivi et procède à des évaluations périodiques du patient, observé de façon holistique (organique, psychique et social).
- Réduire la charge de travail des médecins traitants en termes de visites à domicile et dégager du temps médical pour d'autres prises en charge. »

## 3. La cadre du protocole

Le délégant : médecin généraliste.

Le délégué : infirmier diplômé d'État (IDE).

Ils collaborent dans une structure d'exercice coordonné en capacité de porter le protocole en termes d'outil, de temps de concertation, de tarification et de gestion de rémunération des professionnels de santé.

Le lieu de mise en œuvre correspond au domicile des patients.

Les patients concernés par le protocole :

- Patients porteurs de handicap, tous âges ;
- Patients de plus de 65 ans, dont l'état de santé nécessite un suivi médical et qui ne peuvent pas se déplacer au cabinet médical pour cette surveillance.

## 4. Les actes dérogatoires

Lors de la visite initiale médecin traitant-IDE au domicile, à l'entrée du patient dans le protocole de coopération, une évaluation de situation est réalisée.

**Les délégations de tâches** sont choisies avec, éventuellement

- **des recommandations écrites** individualisées aux besoins de santé du patient et à l'adaptation des thérapeutiques en cours,
- **notées dans le PPS et co-signées** par le délégué et le délégant**.**

…/…

…/…

*Dérogation 1 :* **Prévention de la déshydratation par adaptation des traitements par diurétiques et antihypertenseurs** en cas de forte chaleur et autres circonstances, et prise en charge d'un patient présentant des signes cliniques et biologiques de déshydratation après avis du médecin délégant et en anticipation de son intervention.

*Dérogation 2 :* **Identification sans prescription médicale du risque de chute**, prescription de mesures urgentes et proposition d'un programme de prévention en lien avec le médecin délégant.

*Dérogation 3 :* **Diagnostic sans prescription médicale de la dénutrition** et mise en place d'actions de correction en lien avec le médecin délégant.

*Dérogation 4 :* **Renouvellement et adaptation des antalgiques de niveau 1 prescrits par le délégant.**

*Dérogation 5 :* **Renouvellement et adaptation des régulateurs du transit prescrits par le délégant.**

*Dérogation 6 :* **Renouvellement et adaptation des dispositifs de contention veineuse force 2** (pose et retrait) prescrits par le délégant.

*Dérogation 7 :* **Renouvellement et adaptation des topiques antifongiques prescrits par le délégant.**

*Dérogation 8 :* **Renouvellement des collyres prescrits par le délégant ou un autre médecin pour une pathologie oculaire chronique.**

*Dérogation 9 :* **Initiation et adaptation de collyres en cas d'irritation oculaire ou de conjonctivite due à une affection virale ou bactérienne.**

*Dérogation 10 :* **Adaptation des diurétiques en cas de décompensation modérée chez des patients traités pour insuffisance cardiaque, en anticipation** de l'intervention du médecin délégant.

*Dérogation 11 :* **Adaptation des AVK en fonction de l'INR et des pathologies du patient.**

## 5. La formation

**Le délégué** doit être infirmier diplômé d'État enrichi de 2 années d'exercice temps plein en pratique libérale ou en centre de santé.

**La formation théorique de 5 heures est commune aux délégants et délégués.**

Elle est mise en œuvre par la structure d'exercice.

…/…

…/…

Elle a pour objectif :

La réalisation de l'appropriation du protocole :

- ses objectifs ;
- l'inclusion des patients éligibles ;
- l'élaboration commune du PPS ;
- l'utilisation des outils numériques de partage des données, de télé-expertise, nécessaires pour la réalisation du protocole.

Elle est réalisée par présentation vidéo du protocole, présentation des recommandations HAS sur l'élaboration d'un PPS, jeux de rôle, utilisation de ces outils numériques.

La validation des 9 premières dérogations est un préalable à la réalisation du protocole.

Celle des deux dernières peut intervenir plus tard (avant la mise en œuvre du protocole) :

- **Adaptation des diurétiques en cas de décompensation modérée chez des patients traités pour insuffisance cardiaque**, en anticipation de l'intervention du médecin délégant ;
- **Adaptation des AVK en fonction de l'INR et des pathologies du patient,** nécessitant un **temps de formation de 7 heures**.

**La formation pratique consiste en l'observation, par le délégué, de 3 visites à domicile par le médecin délégant auprès de patients éligibles au protocole.**

**Le maintien des compétences** correspond à la prise en charge, au moins, de 2 patients par le délégant, voire des actions complémentaires décidées lors de la revue des dossiers au nombre minimal de 3 fois par an.

**La formation continue** est interne, par l'actualisation des protocoles selon les recommandations de bonne pratique liées aux dérogations – mais également externe, par formations DPC, congrès, journées de formation sur les thèmes des dérogations.

## II. Les problèmes soulevés par le protocole

### 1. Le caractère chronophage de ce protocole

Il ne peut être oublié en cette période où le temps médical manque cruellement.

**La lourdeur administrative** de ce protocole au regard d'actes très réduits ne fera gagner aucun temps médical, et rendra plus lointain le patient. Il s'agit de temps perdu pour le médecin.

…/…

…/…

De même, **la lourdeur du temps de formation** nous paraît rendre ce protocole très difficile à appliquer, correspondant à :

- **5 heures de formation commune** du ou des délégants avec le ou les délégués ;
- **61 heures pour la formation aux dérogations**, le délégant devant être présent pour la validation :

  « En cas de réponse incorrecte, le délégant apportera au délégué une information »

Quels médecins et quels IDE se résoudront à satisfaire aux exigences d'un tel protocole ?

Dans l'Annexe 1, « Objectifs généraux, contexte et présentation générale du protocole, est noté : **« Mais les visites à domicile nécessitent du temps et celui du médecin est de plus en plus amputé par des tâches administratives ».**

**C'est de ces tâches administratives qu'il faut soulager le médecin afin de gagner du temps médical !**

**Que des travaux soient effectués, non sur les délégations de compétences, mais sur l'allègement des tâches administratives !**

## 2. Les délégations de taches

Nous constatons qu'elles sont de plusieurs natures.

- **Les modifications de thérapeutiques** par

  « adaptation des traitements par diurétiques et antihypertenseurs, en cas de forte chaleur et autres circonstances » ;

- **L'adaptation de traitements en cas de modifications de la pathologie :**

  « Décompensation cardiaque modérée chez des personnes traitées pour insuffisance cardiaque, en anticipation du médecin délégant ».

- **Voire l'initiation de thérapies :**

  « Initiation et adaptation de collyres en cas d'irritation oculaire ou de conjonctivite due à une affection virale ou bactérienne ».

  **L'IDE peut alerter le médecin traitant et décrire la situation mais son rôle doit se limiter à cela** : lorsque la situation d'une maladie chronique change, il s'agit d'un problème de diagnostic médical (et non de diagnostic infirmier).

  Ce médecin participant au groupe de travail explique : *« Même mes très bons internes en spécialité de Médecine générale au niveau SASPAS présentent des difficultés pour adapter les thérapeutiques dans l'insuffisance cardiaque, malgré l'expérience qu'ils engrangent et toutes les années de médecine. Ils ont envie de faire plus et mieux, mais sous notre contrôle ».*

…/…

…/…

Comment imaginer qu'un IDE ait la capacité de réaliser cette adaptation, acte médical et non infirmier ?

- **La prescription, renouvellement de traitements ou prescription de novo**
  - « antalgiques,
  - régulateurs du transit,
  - dispositifs de contention veineuse,
  - topiques antifongiques,
  - collyres pour une pathologie oculaire chronique.
  - Initiation et adaptation de collyres en cas d'irritation oculaire ou de conjonctivite due à une affection virale ou bactérienne ».

  **La prescription, acte médical, sera réalisée par téléconsultation** éventuellement assistée de l'IDE, permettant au médecin de « suivre son patient en gardant le contact ».

  En ce qui concerne les topiques antifongiques, le diagnostic doit être effectué : celui-ci sera réalisé par le médecin traitant au cours d'une **téléconsultation assistée par l'IDE, avec photos,** permettant la prescription de la thérapeutique par le médecin.

  Dans le cas d'irritation oculaire, de nouveau, le diagnostic sera effectué par le médecin traitant à l'aide d'une téléconsultation assistée par l'IDE avec photos, ou par le médecin spécialiste en ophtalmologie au cours d'une **télé-expertise avec le médecin traitant à l'aide de photos.**

  - adaptation des AVK en fonction de l'INR et des pathologies du patient

**Il ne s'agit pas de délégation de taches mais de délégation de compétences.**

**Voulons-nous une dégradation de la qualité des prises en charge ?**

**Qu'en sera-t-il avec des IDE « téméraires »**

## 3. Le cadre du protocole est très limitatif

Il ne correspond qu'à quelques cas, bien loin de l'ensemble de la patientèle à domicile des médecins traitants.

Il nous paraît déconnecté de la réalité et très en retard sur la technologie par rapport aux possibilités : de téléconsultation, éventuellement assistée par l'IDE, avec éventuelles photos ; de la télé-expertise du médecin traitant, avec le spécialiste aidé de photos – l'aide d'applications pouvant permettre au médecin et à l'IDE (avec éventuellement d'autres Médecins spécialistes et autres paramédicaux) de travailler ensemble, centrés sur un patient pour un temps donné.

…/…

…/…

## 4. La coordination existe déjà !

Elle est réalisée au quotidien, sous forme fluide : au sein d'équipes constituées selon le choix des patients ; avec des protocoles officieux, adaptés à chacun d'eux, et respectant leur libre choix ; en temps réel et sécurisé ; par des applications permettant au médecin et à l'IDE – voire, à plusieurs médecins, IDE et autres paramédicaux – d'être connectés autour d'un patient, mais utilisant également la téléconsultation, éventuellement assistée par l'IDE, voire avec photos et la télé-expertise.

Ces équipes évoluent selon l'état du patient et durent le temps nécessaire.

Elles sont plus adaptées à la réalité de la pratique quotidienne des médecins, simplement formalisées sans structure administrative et poursuivent les mêmes objectifs

Que le médecin soit dans une structure coordonnée ou non, il peut s'agir d'Équipes spontanées, d'Équipes de Soins Primaires, d'Équipes de Soins Centrés Autour du Patient (ESCAP), en discussion avec l'Assurance-Maladie pour leur valorisation.

**Elles sont réalisées par de nombreux médecins, et ne sont pas limitées à ceux exerçant en structure.**

## 5. Le problème de la responsabilité

**Qui assumera les conséquences des traitements mal adaptés ?**

**Le médecin délégant ou le promoteur du protocole ?**

Quand l'IDE continue à agir sans les médecins parce qu'il est dans le cadre du protocole ?

Quand il s'agit d'IDE prenant des initiatives téméraires, le médecin se retrouve face à des situations compliquées…

## 6. La nécessité de la relation médecin-patient

La relation privilégiée médecin-patient est d'autant plus importante pour ces personnes fragilisées par la pathologie qui les empêchent de se déplacer au cabinet du médecin.

Ces patients ont besoin de voir le médecin !

La relation est d'une autre nature avec l'IDE : ils ont besoin de ces deux relations.

## 7. L'inégalité d'accès aux soins introduite par ce protocole

Excluant les plus vulnérables socialement, précaires et polyhandicapés (cf. les critères d'exclusion).

…/…

Conférence Nationale
des URPS Médecins Libéraux

…/…

***En conclusion :*** **si nous reconnaissons le caractère méthodique de la forme, nous, membres des Unions Régionales des Professionnels de Santé-Médecins Libéraux, ayant pour mission l'organisation des soins au niveau des territoires, émettons les plus grandes réserves sur le fond et ne sommes pas favorables à ce protocole de coopération.**

**Ce protocole très limitatif est loin de la réalité de la pratique des médecins spécialistes de médecine générale qu'il semble méconnaître : les situations évoquées sont un catalogue de cas d'espèce, ne correspondant pas à des cas réellement fréquents.**
**Il est prévu pour faire gagner du temps et de l'efficacité, mais fait perdre les deux.**

**Ses critères d'inclusion exposent à une inégalité d'accès aux soins, excluant les plus vulnérables, socialement précaires et polyhandicapés, éloignant ceux qui y sont inclus de leur médecin, et de cette relation de confiance, réel soutien dans leur isolement à domicile.**

**Le problème des protocoles de coopération est leur caractère chronophage, sans réel gain de temps médical par le temps administratif qu'ils génèrent.**
**Il est très dépendant des IDE. En pratique, chacun a ses compétences et ses préférences : il n'y a pas de socle minimal applicable à tout un territoire.**
**De plus, en pratique, très vite les grilles d'évaluation ne sont pas remplies, les rendant impossibles à évaluer.**

**Il méconnaît la réalité de la pratique de la spécialité de médecine générale.**
**Elle ne se limite pas à la prescription de topiques mais elle réalise une prise en charge globale du patient à domicile, au sein d'une relation de confiance médecin-patient particulièrement nécessaire à ces personnes fragilisées.**
**D'une manière générale, les protocoles ne peuvent se concevoir qu'au sein d'équipes de soins, formalisées ou pas, mais constituées de professionnels qui se font confiance, se connaissent et ont l'habitude de travailler ensemble.**

**Enfin les pénuries et les carences peuvent être en partie compensées par les technologies nouvelles permettant les téléconsultation, assistées par l'IDE, avec éventuelles photos, les télé-expertises entre médecins, le diagnostic restant médical pour la sécurité des patients.**
**Point essentiel, les médecins ont besoin d'être allégés des tâches administratives – dont vous reconnaissez qu'elles diminuent le temps médical. Ils ont également besoin de personnel pour réaliser ces tâches et faciliter l'organisation des soins.**

**Par ailleurs, nous déplorons l'effet pervers de ces délégations à moyen terme, dont le nombre va se multiplier, alors que les médecins libéraux, sont actifs sur le terrain et dans leurs URPS-ML, dont la mission est l'organisation des soins au plus près des territoires.**
**Les médecins trouvent des solutions, utilisant toute l'ingénierie mise au point ces dernières années, à l'instar de la télémédecine éventuellement assistée par l'IDE, avec photos, de la télé-expertise, des applications.**

…/…

Conférence Nationale
des URPS Médecins Libéraux

…/…

**Ces dernières permettent à plusieurs professionnels de communiquer de manière sécurisée, autour d'un patient – et d'organiser, par exemple, très rapidement des Centres Covid ou des Centres de vaccination, comme les deux années passées l'ont démontré.**

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

**Docteur Marie-Josée RENAUDIE**

*Coordinatrice de la Commission*
*« Coopérations interprofessionnelles et Délégations de tâches »*

**Docteur Antoine LEVENEUR**

*Président de la CN URPS-ML*
*Président de l'URPS-ML de Normandie*

