



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

LES PROTOCOLES DE COOPÉRATION art 51

**Bilan du dispositif
Évaluation 2014**

Novembre 2015

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en novembre 2015.
© Haute Autorité de Santé 2015

Toutes les publications sont téléchargeables sur

www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service communication – information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Abréviations - Acronymes

ARS	Agence régionale de santé
ASALEE	Action de santé libérale En équipe
BPCO	Broncho pneumopathie chronique obstructive
BUD	Bilan urodynamique
CHPOT	Coordination hospitalière de prélèvements d'organes et de tissus
CMG	Collège de médecine générale
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CREX	Comité de retour d'expérience
CSIS	Conseil Stratégique des Industries de santé
CSP	Code de santé publique
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DU	Diplôme universitaire
DT2	Diabète de type 2
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	Évènement indésirable
ETP	Équivalent temps plein
HAS	Haute Autorité de Santé
HbA1c	Hémoglobine glyquée
HPST	Hôpital patient santé territoire
HTA	Hypertension artérielle
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'état
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LDL	<i>Low density lipoprotein</i>
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité sociale
MERM(M)	Manipulateur en électroradiologie (médicale)
MG	Médecin généraliste
MSP	Maison de Santé pluridisciplinaire

OCT	<i>Optical Coherence Tomography</i> ou encore tomographie par cohérence optique
RCV	Risque cardio vasculaire
RNM	Rétinographe non mydriatique
SIPAQSS	Service indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
UMJ	Unité médico-judiciaire
URPS	Union régionale des professionnels de santé

Liste des tableaux et figures

Figures

- Figure 1** *Évolution des protocoles reçus et avis rendus*
- Figure 2** *Protocoles reçus et avis*
- Figure 3** *Évolution des délais entre saisines et avis rendus*
- Figure 4** *Répartition des professionnels délégués*
- Figure 5** *Carte : nombre d'autorisations de protocoles (2010-2015)*
- Figure 6** *Carte : nombre de protocoles mis en œuvre (2010-2014)*
- Figure 7** *Carte : nombre de professionnels ayant adhéré à un protocole de coopération (2010-2015)*
- Figure 8** *Taux d'adhésion aux protocoles avec ou sans télé-médecine*
- Figure 9** *ASALEE - Répartition du temps d'activité déléguée*
- Figure 10** *ASALEE - Répartition des patients pris en charge par les IDE / répartition des actes dérogatoires (encadrés)*
- Figure 11** *Bilan urodynamique – nombre de patients inclus et délai moyen de réalisation*

Tableaux

- Tableau 1** *Protocoles mis en œuvre dans une seule région*
- Tableau 2** *Protocoles portant sur l'échographie*
- Tableau 3** *Protocoles déployés largement*
- Tableau 4** *Données médicales en fonction du suivi (consultations IDE)*

SYNTHESE

CONTEXTE

Nous faisons face à différents défis sanitaires. Devant la hausse de maladies chroniques, du vieillissement de la population, de la prise en charge des poly-pathologies, des évolutions techniques et technologiques, de l'augmentation du temps médical à consacrer à chaque patient, des leviers d'action sont disponibles.

Il s'agit, entre autres, de la télémédecine et des coopérations entre professionnels de santé.

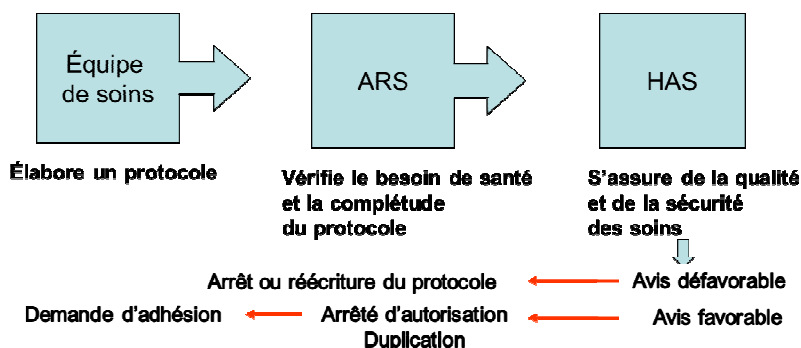
Suite aux expérimentations, initiées par le professeur Berland et ayant démontré des résultats bénéfiques pour le patient, la loi HPST du 21 juillet 2009, a intégré, l'article 51, qui vise à étendre le principe de coopération en le sortant du cadre expérimental. Il permet, aux professionnels de santé, selon la loi, « d'opérer entre eux des transferts d'activités, ou d'actes de soins, ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. »

LE DISPOSITIF

Le dispositif repose sur des initiatives portées par des professionnels de santé, et sur une chaîne d'instructions et de décisions, partagée entre eux, les ARS et la HAS.

Depuis 2014, le modèle économique des protocoles de coopérations est analysé par le collège de financeurs.

Les ARS ont un rôle majeur, par l'analyse de la dérogation au sens juridique, ainsi que la pertinence du projet de protocole au regard du besoin régional.



Le dispositif a intégré, par le décret n°2014-919 du 18 août 2014, l'installation, d'un collège de financeurs, qui se prononce sur le modèle économique des protocoles, pour la plupart, en médecine

de ville.

La HAS, quant à elle, porte son attention sur les éléments de qualité et sécurité des prises en charge déléguées. Elle peut, dans ce cadre, et en amont de l'avis rendu, apporter un appui méthodologique aux équipes promotrices des protocoles et aux ARS.

BILAN 2014

► Évolution des saisines - État des lieux au 31/12/2014

Depuis 2011, la HAS a mené sa mission, en se prononçant sur la qualité et la sécurité d'un certain nombre de protocoles de coopération.

- 91 protocoles ont été proposés par 21 régions (*régions promotrices*)
- 38 avis favorables (avec réserves) ont été prononcés par le collège de la HAS

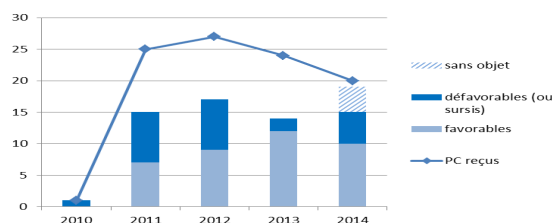
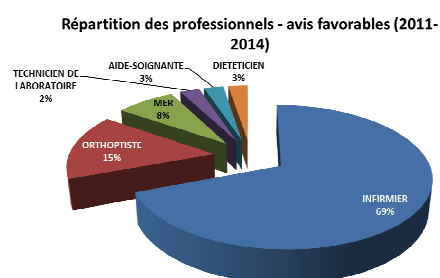


Figure 2 - Protocoles recus et avis

- 38 protocoles différents ont été autorisés par 22 régions, soit 220 arrêtés d'autorisation au total
- 25 protocoles différents ont été mis en œuvre par 1190 professionnels (430 délégués et 760 délégués) – soit 2/3 des protocoles autorisés

Ces 25 protocoles ont donné lieu à 76 mises en œuvre de protocole au total sur l'ensemble des régions (entre fin 2012 et fin 2014)



Type de prise en charge (au 31/12/2014)

	Activité hospitalière	Activité ambulatoire hospitalière ou en centre de santé (à type de consultation)	Médecine de ville
Sur les 811 dossiers traités ou en instruction	46	12	23
Sur les 38 avis favorables	22	14	2

► Évaluation 2014 des protocoles mis en œuvre

L'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), complété par l'arrêté du 21 juillet 2010, a défini les modalités de suivi des protocoles de coopération.

La fin de l'année 2014 marque le premier retour d'évaluations pour les protocoles de coopération, mis en œuvre sur 1 an¹.

13 protocoles différents mis en œuvre, dont 5 sur plusieurs régions, sur 3 thématiques : prise en charge de pathologies chroniques (protocole **ASALEE** - travail en équipe pour la prise en charge du diabète de type 2, la broncho pneumopathie chronique obstructive, les troubles cognitifs et les risques cardiovasculaires), **échographie** (un protocole portant sur la réalisation, par un manipulateur en électroradiologie, d'échographies, hors échographies cardiaques et obstétricales et les situations d'urgence – un autre protocole portant sur la réalisation par un(e)

¹ Protocoles mis en œuvre au plus tard le 31 décembre 2013

IDE, d'échographie cardiaque, sous le contrôle du cardiologue), **ophtalmologie** (prescription d'orthoptie, et prélèvement de cornées)

PROTOCOLE	DONNEES
<p style="text-align: center;">ASALEE</p>	<p>Évaluation 2014 sur 16 régions pour 112 cabinets médicaux (487 professionnels médecins et IDE) – (27.500 dossiers patients ouverts en Poitou Charentes - 22% de l'activité nationale)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Il existe une centralisation des données recueillies régulièrement, ▶ Répartition du temps d'activité : un peu plus du 1/3 pour consultation, 1/3 pour gestion de dossier, moins du 1/3 pour formation du délégué et concertation avec déléguant. Le temps de consultation infirmière reste long (47 mn versus 15 mn par un médecin) ▶ Objectif de 6 consultations / jour atteint à 80% ▶ Répartition des patients pris en charge (par pathologie cible) : 1/3 pour DT2, 43% pour RCV, 9% pour troubles cognitifs et 6% pour BPCO ▶ Résultats médicaux : les consultations de suivi IDE sont efficaces si elles sont maintenues dans le temps
<p>Protocole concernant la délégation d'échographie,</p> <p>« Protocole de coopération entre médecins radiologues ou nucléaires et MERM formés à l'échographie, exerçant au minimum 50% de leur temps de travail dans ce domaine »</p> <p><i>hors échographies cardiaques et obstétricales et les situations d'urgence</i></p>	<p>Protocole autorisé dans 15 régions –</p> <p>Évaluation 2014 sur 5 régions - 11 275 patients – 43 professionnels (27 radiologues / 16 MERM)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Porté par les instances nationales de la radiologie (médicale et paramédicale) ▶ concordance des résultats avec les expérimentations Berland sur : la diminution des délais de rendez-vous et du temps de réponse à une alerte, le gain de temps médecin, sur les faibles taux d'EI, et les bons indicateurs de satisfaction. ▶ Indicateur principal non atteint (part d'activité ≥ 50 %) ▶ Notion d'alerte au déléguant à éclaircir ▶ Consentement des patients parfois difficile à obtenir
<p style="text-align: center;">FILIERE D'OPHTALMOLOGIE</p>	<p>4 types de protocoles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transfert de prescription médicale : autorisé dans 10 régions, mis en œuvre dans 4 régions par 6 déléguants et 11 délégués - données d'évaluation variables - Bilan visuel pour adultes et enfants (2 protocoles) : autorisé dans 9 régions et mis en œuvre dans 3 régions – évalué sur une seule – satisfaction des patients, peu de reprise mais système d'information à conforter - Prélèvement de cornée : protocole porté par les professionnels du secteur qui le diffuse - autorisé dans 11 régions, mis en œuvre dans 5 régions et évaluable sur 3 régions par 5 médecins et 7 IDE pour 170 « patients » - résultats variables selon équipes – il existe un problème de turn-over des équipes

▶ **Liste de points forts observés, au regard de l'évaluation des protocoles déployés sur plusieurs régions**

- **Existence d'un besoin réel non lié à un territoire limité**
 - ⇒ pour les patients
 - Prévalence, (ex : suivi de patients diabétiques (type 2) via smartphone)
 - Accès aux soins : délais, ... (ex : bilan ophtalmique) ...

- pour les professionnels : reconnaissance, baisse de la démographie,... (ex : MER, *démographie de spécialistes (radiologues) en baisse*)
- **Promotion et/ou Coordination mutualisée(s)**
 - ⇒ par des professionnels
 - ⇒ par des organismes (ex : *association ou représentations professionnelles*)
- **Conditions de mise en œuvre reproductibles** : il s'agit de critères du protocole
 - Formation du délégué (homogène sur le territoire) (ex : MER, *orthoptistes,...*)
 - file active avec atteinte d'une masse critique suffisante en termes de patients pris en charge
 - organisation reproductible de la prise en charge (non personne-dépendante)
 - système d'information informatisé et partagé entre délégué et délégant
 - Atteinte d'une masse critique suffisante en termes de nombre de professionnels impliqués (ex : *+ de 10 IDE dans la région pour le protocole ASALEE*)
 - ...

Le dispositif a permis

- de légaliser d'anciennes pratiques, pour des équipes qui maîtrisent leurs pratiques
- de structurer la coordination interprofessionnelle, voire proposer de nouveaux modes d'exercice, en en donnant un cadre, garant de la qualité et la sécurité de la prise en charge, particulièrement pour les maladies chroniques
- de repérer les critères d'une appropriation par les professionnels
- d'intégrer, pour les IDE essentiellement, l'évolution de nouvelles techniques, non prévues au décret d'acte.

Cependant, le dispositif reste lourd et chronophage, ce qui ne permet pas aux professionnels, de s'en approprier facilement

- Les protocoles en médecine de ville ne sont pas financés. Seuls le protocole ASALEE et le bilan visuel par un orthoptiste a eu un avis de financement du collège des financeurs
- Les délais réels d'instruction (analyse du protocole et temps d'expertise) ne sont pas conciliables avec l'arrêté du 31 décembre 2009 ; un délai de 8 mois serait plus approprié.
- Le dispositif a mis en exergue un certain nombre de points d'attention, telles que la formation des professionnels et les conditions d'exercice². Le projet de loi de santé apporte une réponse partielle, en intégrant, à l'article 30, la notion d'exercice en pratique avancée, qui pourrait permettre des prises en charge complexes par des professionnels paramédicaux.
- L'évolution ou la modification des décrets d'actes pourrait répondre à l'évolution des techniques de soins.

Au TOTAL

En mettant en évidence certaines thématiques, déployées sur le territoire, et en permettant de structurer la coordination interprofessionnelle, par un cadre, garant de la qualité et la sécurité des prises en charge, le dispositif art. 51 représente une des bases vers une mutation des pratiques professionnelles.

Sous l'impulsion des différents acteurs : DGOS, Collège des financeurs, ARS, HAS et professionnels, les protocoles de coopération pourraient évoluer, vers de nouvelles formes d'organisations professionnelles

² Composition de l'équipe, nombre d'actes minimum,...

SOMMAIRE

SYNTHESE	6
Introduction	12
partie 1 –BILAN DU DISPOSITIF ART 51	13
1. L'État des lieux au 31 décembre 2014 – Les donnÉes	15
1.1 Les protocoles adressés à la HAS	15
1.2 Le déploiement des protocoles sur le terrain – Autorisations des ARS et mise en œuvre par les professionnels	18
2. L'analyse des données	25
2.1. Les avis rendus.....	25
2.2. Les délais d'instruction.....	25
2.3. Implication des parties prenantes.....	26
2.4. Dérogation	26
2.5 Le type de prise en charge	29
2.6 Le déploiement des protocoles	29
2.7 Évaluation (cf Partie 2 - évaluation 2014)	31
2.8. Les points d'attention.....	31
partie 2 –RAPPORT D'ÉVALUATION 2014	34
1. La mission d'évaluation	35
1.1. Les exigences réglementaires.....	35
1.2. Les modalités de suivi des protocoles article 51.....	35
2. Méthode d'évaluation des protocoles de coopération	37
3. Résultats de l'évaluation 2014	38
3.1 Analyse globale.....	38
3.2. Analyse des protocoles déployés sur plusieurs régions	42
ASALEE	42
• Points positifs	58
• Points à améliorer.....	58
3.3 Protocoles mis en œuvre dans une seule région.....	62
4. Discussion	65
4.1 Des constats.....	65
4.2. Des points forts.....	65
4.3. Des points à améliorer	67
partie 3 - Conclusion	70
ANNEXES	72
ANNEXE 1. Étapes clés de la procédure d'autorisation	73
ANNEXE 2. Schéma d'évaluation	74
ANNEXE 3. Protocoles autorisés classés par thématiques	75
ANNEXE 4. Les protocoles de coopération (mise à jour au 28 février 2015)	76
ANNEXE 5. Fiche pédagogique TLM COOP–GT33	92
ANNEXE 6. Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 relative au Collège des financeurs ...	95
ANNEXE 7 - Tableau 1 bilan d'étape	97
ANNEXE 8 - Base complète	99
ANNEXE 9 - Protocoles éligibles 2014 et 2015	107

ANNEXE 10 - Protocoles éligibles 2014.....	111
ANNEXE 11 - ASALEE.....	113
ANNEXE 12 - Protocoles concernant l'échographie.....	129
ANNEXE 13 - Filière ophtalmique.....	133
ANNEXE 14 - Protocoles mis en œuvre dans une seule région.....	145
ANNEXE 15 - Critères d'extension d'un protocole de coopération	146

INTRODUCTION

L'objet de la coopération entre professionnels de santé est selon la loi « d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. ». Un des objectifs de l'article 51 de la loi HPST est de contribuer à la réduction des délais de prise en charge et des ruptures dans les parcours de santé, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins dues aux patients. Il est également de permettre aux médecins de libérer du temps d'expertise clinique pour les cas plus complexes et aux paramédicaux d'étendre leur champ de compétence.

Les protocoles de coopération prennent progressivement leur place dans le paysage sanitaire.

Après les expérimentations dites « Berland » et 5 années de déploiement de l'article 51, un nouveau palier est franchi avec l'évolution du dispositif :

- L'installation, par le décret n°2014-919 du 18 août 2014, d'un collège de financeurs (composition en note) qui se prononce sur le modèle économique proposé par les professionnels et ARS promoteurs³.
- L'évolution structurelle permettant la dématérialisation des étapes et l'hébergement centralisé des dossiers et documents : le site Coop-ps, développé par la DGOS qui permet l'échange d'informations et le suivi des étapes de l'instruction, entre les principaux acteurs du dispositif que sont les professionnels de santé, les ARS, la HAS et la DGOS.
- Enfin, l'évaluation des premiers protocoles mis en œuvre depuis plus d'un an.

Par ailleurs, le développement d'outils au cœur des organisations pluri-professionnelles, au premier rang desquels la télé médecine, permet de répondre au défaut d'accès aux soins dans certaines circonstances et représente un schéma d'avenir pour le suivi des maladies chroniques.

La Haute Autorité de santé a pour mission de

- donner un avis sur les projets de protocoles de coopération transmis par les ARS
- rédiger un bilan de son activité relative aux protocoles de coopération comprenant, notamment, une synthèse des difficultés Elle peut également étendre un protocole à tout le territoire national, après avis favorable du collège des financeurs.

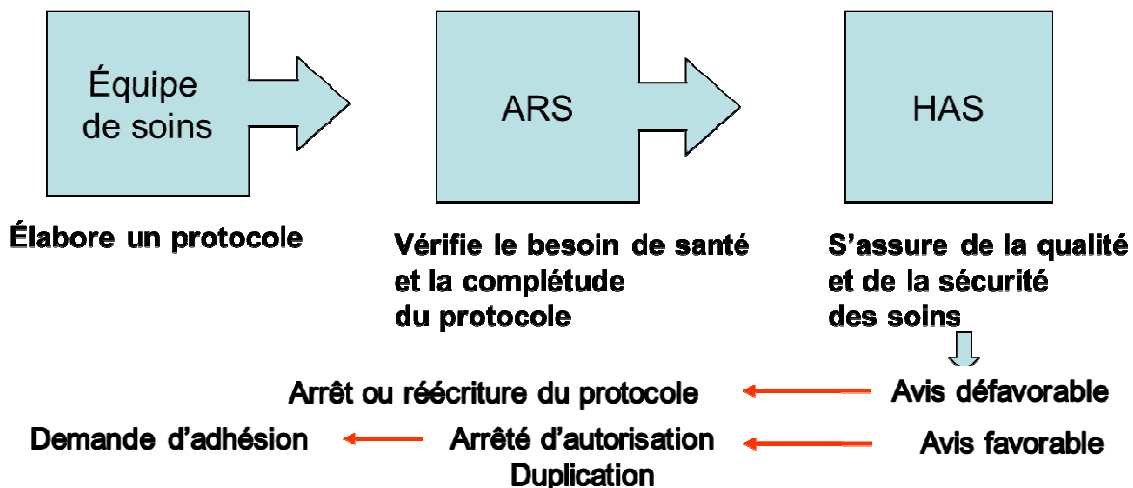
Le présent rapport présente, d'une part, le bilan du dispositif en 2014, et dans une seconde partie, le rapport d'évaluation des protocoles mis en œuvre sur au moins un an, avant le 1^{er} janvier 2014. Il aborde l'évolution de la procédure d'instruction, l'état des lieux fin décembre 2014, le déploiement sur le terrain, et les perspectives.

³ En janvier 2015, le collège des financeurs s'est prononcé favorablement sur le financement dérogatoire du protocole de coopération médecin/infirmier porté par l'association ASALEE jusqu'au 31 décembre 2015, et en mai 2015, sur le financement du bilan visuel par un orthoptiste délégué .

PARTIE 1 –BILAN DU DISPOSITIF ART 51

LA PROCÉDURE D'INSTRUCTION

Rappel de l'organisation du dispositif :



L'ARS transmet au collège des financeurs, pour avis sur le modèle médico-économique et proposition de financement spécifique. L'avis concerne pour le moment, certains protocoles en médecine de ville.

En 2014, la HAS a renforcé la procédure d'instruction, et les documents supports. Elle met un focus sur la qualité et la sécurité de la prise en charge, en étant particulièrement vigilante à la formation des délégués, la gestion des risques, l'intervention des délégants. La question du financement de ces protocoles reste du ressort des ARS, avec la sollicitation, depuis cette année, du collège des financeurs.

L'étude des protocoles instruits en 2014 a montré que :

- plusieurs protocoles reçus portaient sur le même thème,
- la pertinence d'une dérogation n'était pas toujours évidente (organisation professionnelle adéquate, avec ou parfois sans dérogation),
- le périmètre dérogatoire n'était pas toujours clairement défini (limites de chaque exercice professionnel),
- les indicateurs de suivi, dont les résultats doivent être analysés par la HAS à un an de mise en œuvre, n'étaient pas toujours pertinents ou mesurables,
- des protocoles portant sur des thèmes identiques ou pour des situations bien circonscrites avec responsabilité limitée ou adaptation de traitement, intégraient des disparités dans les exigences de formation des délégués (allant de quelques heures de pratique au DU)
- des protocoles locaux, peu structurants et fragiles, sont toujours adressés à la HAS.

Forts de ces constats, il a été proposé de conforter l'instruction (*cf annexe 1*) par :

- des échanges et réunions de travail avec les porteurs de projet et les ARS. A ce stade, certaines thématiques, partagées par plusieurs régions, peuvent donner lieu à des échanges au niveau national, avec la DGOS (ex : hépatite C, cancérologie ...) ou des parties prenantes (Conseil National d'Ophtalmologie, etc.), avec un focus sur les éléments de vigilance,
- une analyse du sujet porté par le protocole, soit en tout début de saisine, ou idéalement en amont, dès la connaissance d'un projet de protocole. Il s'agit de repérer et analyser les problématiques (ex : pour le protocole concernant le suivi des patients atteints d'hépatite C, il s'agit de tenir compte des nouveaux traitements qui modifient cette prise en charge) Cette analyse peut intégrer la sollicitation de représentations professionnelles,
- un travail approfondi par le Service des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (SIPAQSS) sur les indicateurs de suivi : élaboration d'un outil d'aide, à destination des ARS et des professionnels, pour l'élaboration et déclinaison des indicateurs, un avis méthodologique sur les indicateurs proposés par les professionnels

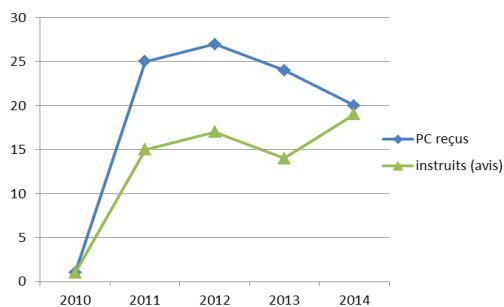
Par ailleurs, 2014 a vu la constitution du collège infirmier⁴ qui devrait pouvoir apporter un éclairage pertinent particulièrement en matière de définition des compétences et formations nécessaires aux infirmier(e)s délégué(e)s.

⁴ Mise en place officielle en mars 2015

1. L'ÉTAT DES LIEUX AU 31 DÉCEMBRE 2014 – LES DONNÉES

1.1 Les protocoles adressés à la HAS

Depuis 5 ans, 21 des 26 ARS ont transmis 91 protocoles à la HAS, pour avis. (cf. tableaux détaillés en annexe 3), dont 20 sur l'année 2014.



Les ARS ont déposé en moyenne 4 protocoles (médiane à 3), avec au moins un protocole (pour 3 régions) et jusqu'à 23 protocoles (une région).

Il est constaté (figure 1) :

- un tassement du nombre de protocoles reçus, (pour information, un seul protocole entre février et juin 2015)
- Une augmentation du nombre d'avis rendus

Figure 1 - Évolution des protocoles reçus et avis rendus

► Les avis rendus

Le collège de la HAS s'est prononcé sur 69 protocoles depuis 2010.

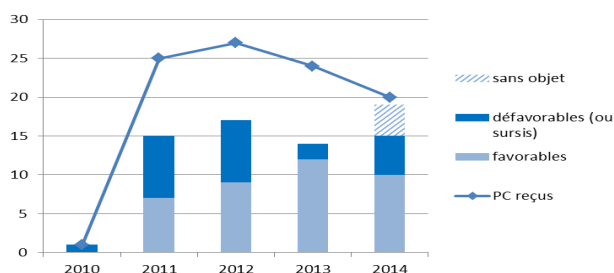


Figure 2 - Protocoles recus et avis

En 2014, le collège de la HAS s'est exprimé sur 19 protocoles, parmi lesquels 10 avis favorables avec réserves, 5 avis défavorables (figure 2).

4 protocoles ont été considérés comme « sans objet⁵ ».

► Les délais d'instruction

L'arrêté du 31 décembre 2009 précise que l'arrêté d'autorisation d'un protocole de coopération, prononcé par le directeur général de l'ARS, intervient dans un délai de 2 mois à compter de l'accusé de réception du protocole, conforme au modèle type.

⁵ L'étude juridique de ces 4 protocoles, au regard des décrets d'actes notamment, a mis en évidence l'absence de la nécessité d'une dérogation

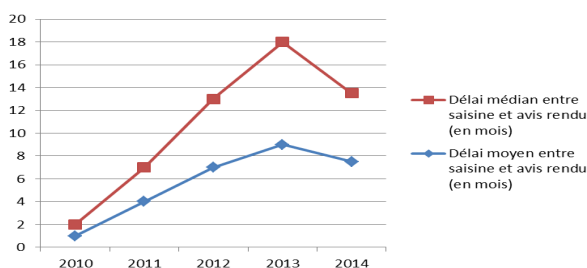


Figure 3 - Évolution des délais entre saisines et avis rendus

Les délais d’instruction ont nettement augmenté entre 2010 et 2013, passant de 2 mois en moyenne en 2010 à 10 mois en 2013. On note toutefois une baisse en 2014, avec un délai moyen de moins de 8 mois (figure 3).

Cependant, plus de 50% des avis rendus en 2010 et 2011 étaient défavorables, au lieu de 25% en 2014

Sur l’ensemble des périodes, les délais d’instruction sont en moyenne de près

de 8 mois⁶.

► Les caractéristiques des protocoles

Il est possible de distinguer les protocoles selon plusieurs caractéristiques : les professionnels concernés, la nature des actes ou des activités dérogatoires, le type de prise en charge. Ces caractéristiques conditionnent fortement les exigences des protocoles, les conditions de leur mise en œuvre, notamment celles relatives à l’équipe, les perspectives en terme de pérennisation et de modèle économique.

→ Les professionnels concernés

Les dérogations proposées concernent essentiellement les coopérations médecins – IDE.

Les protocoles reçus en 2014 se sont concentrés sur 4 profils professionnels délégués : infirmier (IDE), manipulateur en électroradiologie (MERM), orthoptistes et aide-soignant(e)s (1 protocole)

Répartition des professionnels / avis favorables - 2014

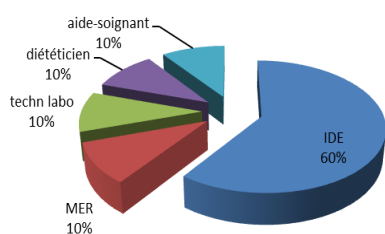


Figure 4 – Répartition des professionnels délégués

Les protocoles reçus, impliquent majoritairement des délégations à des IDE (respectivement 70% et 60%). Ce sont quasiment exclusivement des médecins qui délèguent (figure 4).

En 2014, la HAS a, pour la première fois, rendu un avis (favorable avec réserves) qui ne concernait pas une dérogation médicale mais une dérogation IDE / aide-soignante⁷.

⁶ Délai : entre la date de saisine officielle initiale et la date du dernier avis rendu pour le protocole concerné

⁷ Délégation en EHPAD : « Réalisation par l’aide-soignant, en lieu et place de l’infirmière, de soins d’élimination fécale pour des patients atteints de troubles neurologiques chroniques, pris en charge à domicile par le SSIAD pour personnes handicapées. »

→ Le type de prise en charge

	Activité hospitalière	Activité ambulatoire hospitalière ou en centre de santé (à type de consultation externe)	Médecine de ville
Sur 81 dossiers traités ou en instruction (au 31/12/2014)	46	12	23
Sur les 38 avis favorables au 31/12/2014	22	14	2

→ La nature des actes dérogatoires

Parmi les **38** avis favorables rendus par le collège de la HAS au 31 décembre 2014

19 protocoles concernent des **actes techniques isolés**.

Exemple: « *Mesure de l'élastométrie du foie avec l'appareil de mesure Fibroscan, en lieu et place d'un médecin.* ».

19 protocoles correspondent à la **réalisation**, par l'IDE, les MERM, les orthoptistes, de **consultations plus complexes** pour des situations bien circonscrites, avec des responsabilités limitées, une supervision de médecins et la référence à des conduites à tenir.

Exemple: « *Évaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un(e) IDE expert en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télé-médecine.* »

1.2 Le déploiement des protocoles sur le terrain – Autorisations des ARS et mise en œuvre par les professionnels

Les informations sont issues des résultats transmis par les ARS en février 2015, des données du site Coop-ps, et de la base de données HAS.

► Autorisations

Au 31 décembre 2014,

Selon le site de la DGOS Coop-ps, les ARS ont formulé **220 arrêtés d'autorisations** de protocoles sur **22** des 26 régions (manque Corse, Picardie, Guadeloupe et Guyane)

Le nombre de protocoles autorisés est très variable, d'une ARS à l'autre, variant de 1 à 28 (médiane à 5 protocoles autorisés /ARS).

Parmi ces 22 régions, seule la Basse-Normandie n'a pas proposé de protocoles.

Pour comptabiliser les autorisations, a été pris en compte, le nombre d'arrêtés d'autorisation, pour une ARS considérée.

L'ensemble des protocoles ayant eu un avis favorable, ont été autorisés (38/38)

Nombre d'autorisations de protocoles par les ARS (2010-2014)⁸

Chiffres clés au 31/12/2014

- **91** protocoles proposés par 21 régions (*régions promotrices*)
- **38** avis favorables (avec réserves) prononcés par le collège de la HAS (**44** en février 2015)
- **38** protocoles différents autorisés par 22 régions – 220 arrêtés d'autorisation au total
- **25** protocoles différents mis en œuvre par **1190** professionnels (430 délégués et 760 délégants) – soit 2/3 des protocoles autorisés
- **76** mises en œuvre de protocole au total sur l'ensemble des régions (entre fin 2012 et fin 2014)

⁸ Nombre d'arrêtés d'autorisation de protocole, publiés par les ARS sur les 5 années : 2010 à 2014

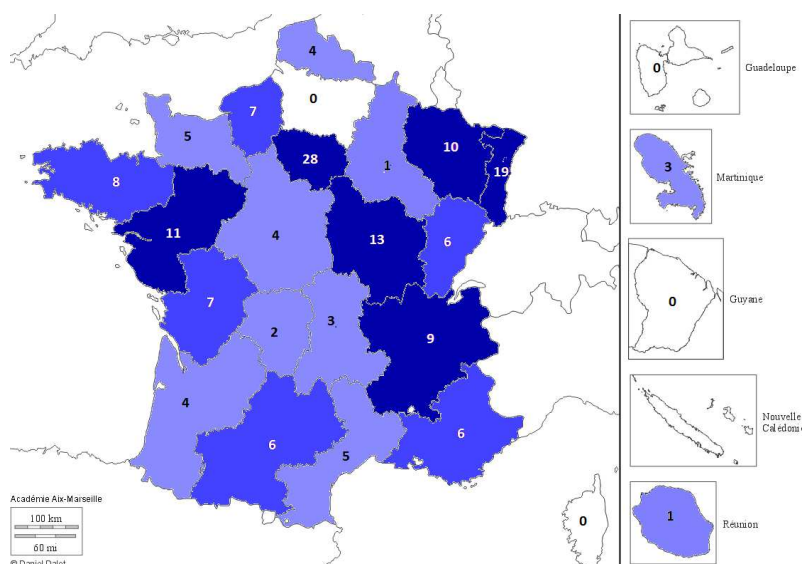


Figure 5 – carte : Nombre d'autorisations de protocoles (2010-2015)

Les catégories ont été définies à partir des quartiles - Médiane calculée : 5 protocoles autorisés - quartiles : $Q1 = 1$; $Q3 = 8$ (0/1-5/6-8/>8)

► Mises en œuvre par région

Parmi les 38 protocoles autorisés, 25 ont été mis en œuvre par des équipes professionnelles sur 21 régions

Définition : concernant les mises en œuvre, 3 cas de figure se posent :

- les protocoles soumis à évaluation 2014 (mis en œuvre avant décembre 2013)
- les protocoles soumis à évaluation 2015 (mise de protocoles avant décembre 2014)
- les protocoles mis en œuvre au cours de l'année 2015

Nombre de protocoles mis en œuvre (période 2010 à 2014 – au 31/12/2014)

Les 25 protocoles différents ont donné lieu à 75 mises en œuvre⁹ par une ou plusieurs équipes professionnelles.

⁹ Un protocole est considéré comme mis en œuvre si l'ARS a signalé sur Coop-ps ou directement à la HAS, l'adhésion d'au moins une équipe professionnelle (au moins un binôme délégué/délégant).

Le nombre d'adhérents par protocole mis en œuvre est variable selon les protocoles. Certains d'entre eux ne sont mis en œuvre que par un binôme délégué/délégrant, alors que d'autres se sont déployés plus largement et sont mis en œuvre par plusieurs dizaines d'équipes professionnelles.

Le nombre maximal correspond au protocole ASALEE (sur 16 régions par 487 professionnels au total à cette date)

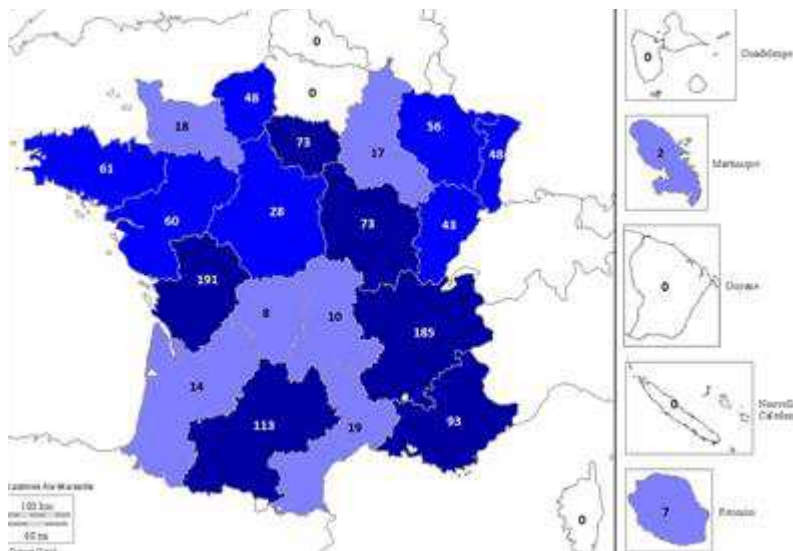


Figure 7 – carte : Nombre de professionnels ayant adhéré à un protocole de coopération (2010-2015)

► Télémédecine (TM)

Au 31 décembre 2014, la HAS a été saisie sur 7 protocoles intégrant un dispositif de télémédecine.

Les protocoles, tels que décrits, intègrent les 4 actes de télémédecine : télésurveillance pour l'ensemble des protocoles proposés ; téléconsultation et télé-expertise pour le suivi des plaies, télésurveillance et téléassistance pour l'hémodialyse et le diabète.

Taux d'adhésion aux protocoles avec ou sans TM

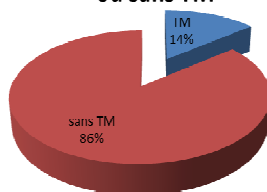


Figure 8 – Taux d'adhésion aux protocoles avec ou sans

Les protocoles avec TM représentent près de **7%** des saisines et **14%** en ce qui concerne les adhésions¹¹ ; il s'agit essentiellement du protocole relatif au diabète (Suivi de patients diabétiques (type 2) via smartphone) (seules 2 adhésions supplémentaires pour le protocole relatif à l'ophtalmologie en Bourgogne).

Les autres protocoles ont, soit été autorisés récemment (suivi des plaies et bilan ophtalmique), soit non mis en œuvre (Hémodialyse en Pays de Loire)

¹¹ Adhésions : nombre de professionnels ayant adhéré / nombre total d'adhésion

► **Les thématiques des protocoles autorisés et mis en œuvre**

Parmi les 25 protocoles mis en œuvre, 6 thématiques se démarquent du point de vue de leur déploiement national. Il s'agit de 4 thématiques, éligibles à l'évaluation 2014 : ophtalmologie, échographie, prélèvement de cornées, ASALEE, et de 2 thématiques éligibles à l'évaluation 2015 : le protocole Suivi de patients diabétiques (type 2) via smartphone et la vaccination.

Ces protocoles représentent, à eux seuls, **65%** des mises en œuvre locales (en nombre d'adhésions de professionnels)

► **Évaluation des protocoles mis en œuvre avant le 1er janvier 2014 (cf Partie 2 - évaluation 2014)**

La partie 2 du rapport, relative au rapport d'évaluation des premiers protocoles mis en œuvre, rappelle les principes de l'évaluation du dispositif et détaille les principaux résultats. (cf. à partir de la page 32). Dans cette partie, sont rappelées le principe, les données générales et les informations non incluses au rapport d'évaluation (protocoles non évalués).

L'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), complété par l'arrêté du 21 juillet 2010, a défini les modalités de suivi des protocoles de coopération.

La fin de l'année 2014 marque le premier retour d'évaluations pour les protocoles de coopération, mis en œuvre sur 1 an¹².

Parmi les 38 protocoles différents ayant eu un avis favorable du collège de la HAS, 13 ont été évalués cette année.

Deux groupes de protocoles sont mis en œuvre (cf. partie 2 – 3.1.1)

- 8 protocoles ont été mis en œuvre dans une seule région

Parmi ces protocoles, signalons le cas de 2 protocoles qui portent sur l'échographie cardiaque par des paramédicaux, déposés successivement et intégrant des évolutions. Ils ont été autorisés et mis en œuvre, mais intègrent une formation difficilement applicable (les IDE ne peuvent suivre la 2nde année du DU). Un troisième protocole, déposé récemment par l'ARS Aquitaine, et non encore mis en œuvre, apporte des modifications sur la durée de la formation réduite à un an au lieu des deux prévues au départ. Ce protocole, a eu l'avis favorable du collège de la HAS en janvier 2015, et doit remplacer les deux précédents. Il sera soumis à évaluation après un an de mise en œuvre.

- 5 autres protocoles sont déployés largement

→ **Quelques focus :**

- Protocoles mis en œuvre récemment, et donc non éligibles à l'évaluation 2014

¹² Protocoles mis en œuvre au plus tard le 31 décembre 2013

- **Le suivi des patients diabétiques via smartphone**

Cette solution multi-technologique permet la surveillance de patients diabétiques, 24/24, via une application Smartphone, et un système de suivi des données en direct.

Le protocole a pour objet

- de transférer à une infirmière la pose d'un diagnostic sur le niveau de stabilité de l'équilibre glycémique à partir de l'analyse des glycémies, lors d'un télé-suivi,
- de lui permettre, par téléphone, à partir des résultats de glycémie et d'HbA1c, l'adaptation de la prescription médicale d'insuline : prescription de nouveaux objectifs glycémiques, de nouveaux schémas insuliniques, de nouveaux débits de base d'insuline de la pompe, re-sucrage, nouvelles doses d'insuline

Le protocole est intégré à une étude multicentrique à 3 bras¹³ sur 12 régions (télésage) et 17 centres.

Le protocole a été autorisé en décembre 2014, mis en œuvre après le 1er janvier 2014, et évaluable en 2015

Les premières études cliniques réalisées (télédiab1 puis télédiab2) montraient¹⁴ des résultats plutôt encourageants.

- **Les protocoles portant sur la vaccination**

Trois protocoles ont été instruits. Ils portent tous, pour l'essentiel, sur la prescription et la réalisation des vaccinations par un(e) IDE :

- **Le suivi du calendrier vaccinal par un(e) IDE**

Le sujet a été porté par des équipes de 2 régions (Franche Comté et Haute Normandie)

L'organisation proposée a pour objectif de permettre d'assurer voire augmenter la couverture vaccinale et l'accès à tous les publics, en diminuant les délais de rendez-vous et d'attente pour vaccination, dans tout lieu répondant aux exigences d'un cabinet médical.

Il s'agit de confier à l'infirmière, la vaccination de patients de plus de 6 ans.

Analyse de la situation clinique par :

- la réalisation d'un entretien préalable destiné à évaluer l'absence ou la présence de contre-indication
- le choix de vaccination à réaliser parmi les vaccins suivants : diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, méningocoque C, grippe saisonnière (hors conditions fixés par l'art R 4311-5-1 du CSP et de l'arrêté du 19/06/2011), Pneumocoque (pneumo 23, bientôt Prévenar) si recommandation lors de pathologies chroniques tuberculose,

Et pour les prises en charges incluant les enfants de moins de 14 ans : ROR, BCG, Prescription de ces vaccins, Réalisation des injections vaccinales (non dérogoire), Mise à

¹³ Groupe 1 contrôle : carnet papier / Groupe 2 : multi technologie + télé suivi optionnel par médecin investigateur / Groupe 3 : multi technologie + télé suivi par IDE délégué(e)

¹⁴ L'étude clinique télédiab1 montrait des résultats plutôt encourageants (- 0,9 points d'Hb1c et pas d'augmentation de temps médical).

L'étude télédiab2, montre, après 13 mois, deux fois plus de patients avec une HbA1c < 7 % (39,6 % versus 18,7 % - p=0.007), dans le bras d'étude intégrant le suivi par télé-médecine et IDE.

jour et signature du carnet de vaccination, Gestion des effets secondaires immédiats des vaccins réalisés.

Le protocole est autorisé dans 3 régions (Haute Normandie, Franche Comté et Centre) (au 31/12/2014) et sera éligible à l'évaluation 2016 par une équipe

Ce protocole pose le problème de la prise en charge des prescriptions non médicales, en ville. Cette question n'a pas été résolue, freinant de ce fait, son déploiement.

- ***Le suivi de populations vulnérables en Centre de prévention et de santé : vaccination et suivi d'infections sexuellement transmissibles (analyse des sérologies et éducation thérapeutique)***

Le sujet est porté par un centre de prévention et de santé d'Ile de France afin de prendre en charge les personnes en situation précaire.

Le processus de prise en charge est axé sur la consultation infirmière de prévention, intégrant la dérogation pour :

- la prescription de sérologies et de vaccins
- la remise des résultats des sérologies
- la réalisation des vaccinations et validation

Il est autorisé par 4 régions, mis en œuvre dans 3 régions et sera éligible à l'évaluation 2015.

- ***Prise en charge de certaines vaccinations du voyageur***

Il s'agit, dans le protocole présent, de confier à l'infirmière, la prise en charge de personnes de plus de 6 mois se présentant pour vaccination spécifique du voyage et intégrant les dérogations suivantes :

- analyse de la situation clinique par :
 - o la réalisation d'un entretien préalable destiné à évaluer l'absence ou la présence de contre-indication
 - o le choix de vaccination à réaliser parmi les vaccins suivants : fièvre jaune, méningites, leptospirose, encéphalite japonaise, encéphalite à tiques, typhoïde, hépatite A, hépatite B, rage, grippe, rougeole
- prescription de ces vaccins
- prescription d'une prophylaxie anti paludique
- prescription de sérologies : hépatite A, hépatite B, fièvre jaune, rougeole
- interprétation des résultats sérologiques permettant de poser une indication de vaccination ou de revaccination
- prescription de la pharmacie de secours du voyageur
- réalisation des vaccinations
- mise à jour et signature du carnet de vaccination
- gestion des effets secondaires immédiats des vaccins réalisés

Le protocole est autorisé dans 3 régions, mis en œuvre dans 1 région et éligible à l'évaluation 2016.

2. L'ANALYSE DES DONNÉES

Les nouveaux protocoles reçus, utilisant les nouveaux supports¹⁵, sont plus aboutis, grâce à une description plus précise des prises en charge et l'identification des risques associés, à une plus grande connaissance des sujets en amont, une certaine « proactivité » et mutualisation entre ARS. L'action des ARS a été facilitée notamment par le partage des informations via le site Coop-ps¹⁶, guichet unique et obligatoire. Les protocoles les plus aboutis sont également fréquemment ceux qui peuvent donner lieu à des échanges d'informations entre HAS, ARS et professionnels, et si besoin, l'aide de la DGOS.

2.1. Les avis rendus

Grâce au travail effectué de manière étroite avec les ARS, les professionnels promoteurs, et selon les sujets, les conseils nationaux ou instances nationales, la proportion d'avis favorable¹⁷ a augmenté pour atteindre, en 2013, près de 85% des protocoles présentés au collège.

Il faut toutefois souligner que l'analyse du besoin, et de la possibilité de dérogation présente des difficultés. Il peut s'agir, par exemple,

- d'un contexte sanitaire particulier devant entrer dans un autre champ que celui de la dérogation (ex : consultation infirmière en cas d'épidémie de chikungunya),
- du fait que l'article 51 ne permet pas de déroger à certains textes et, ne permettant pas de dérogation possible (ex : prélèvement vaginal par infirmie(re) en unité médico-judiciaire).

2.2. Les délais d'instruction

L'instruction des protocoles de coopération par la HAS, repose sur une analyse approfondie des éléments de qualité et de sécurité, qui nécessite un certain délai. Elle se déroule en trois principales phases :

- l'analyse méthodologique par le chef de projet de la HAS, pouvant s'appuyer sur les compétences des différents services de la HAS (pour les recommandations de bonnes pratiques, les dispositifs, les indicateurs, les actes dérogatoires proposé(e)s), et les professionnels promoteurs, en collaboration avec l'ARS considérée. L'objectif est de consolider le protocole s'il le nécessite et permettre d'apporter les éléments suffisants pour que les experts, puis le collège, puissent s'exprimer. La consolidation d'un protocole repose sur les disponibilités des promoteurs et peut prendre plusieurs semaines à plusieurs mois. La consolidation des protocoles en amont de toute décision du collège, permet de conforter les rapports avec les professionnels et les ARS, en favorisant un langage commun sur les exigences, La plupart des protocoles reçus étant à consolider, elle ne permet, par contre que rarement, de diminuer le délai d'instruction, de façon significative.

¹⁵ Nouveau modèle de protocole décliné par items, tableau de description de la prise en charge et des risques associés, documents d'aide (formation, indicateurs, gestion des risques...) mis à disposition des professionnels en 2013

¹⁶ https://coopps.ars.sante.fr/coopps/acc/acc_200.do

¹⁷ Les avis défavorables correspondent à des projets locaux qui ne garantissaient pas la qualité et la sécurité des prises en charge ou qui ne présentaient pas un rapport bénéfices / risques suffisant

- un temps d'expertise concernant l'analyse de la problématique par des parties prenantes (les ordres professionnels considérés, des conseils nationaux de spécialité médicale, des collèges professionnels) et des experts *intuitu personae*. Ces délais d'expertise par les professionnels sont nécessaires pour intégrer les éléments pertinents dans le rapport au collège de la HAS, avant qu'il puisse formuler son avis. Ces délais vont parfois jusqu'à plusieurs mois.
- L'analyse des avis d'experts et la préparation du dossier au collège.



Délai d'instruction

Le délai de 2 mois, imposé par l'arrêté du 31 décembre 2009, est difficilement conciliable avec les exigences actuelles de l'instruction (*avis juridique et avis sur la qualité et la sécurité de la nouvelle prise en charge*). Il pourrait plus raisonnablement se dérouler dans un délai de 6 à 8 mois, après un accompagnement des promoteurs et ARS, en amont.

Par ailleurs, certains sujets représentent des problématiques partagées par plusieurs régions, nécessitant des temps d'échanges avec les différents acteurs, institutionnels ou professionnels (ex : vaccination), allant au-delà d'une instruction habituelle.

2.3. Implication des parties prenantes

Certains protocoles ont été écrits avec le concours de parties prenantes. Ils portaient principalement sur l'ophtalmologie et l'échographie. Ce travail collaboratif a permis de consolider les éléments du protocole relatifs à la qualité et la sécurité des prises en charge proposées et font partie des thématiques les plus mises en œuvre (cf. Partie 2 – points 3.2.2 et 3.2.3 – 9% pour l'ophtalmologie et 17% pour l'échographie).

Par ailleurs, certaines parties prenantes, ont été reçues (le CNOM, et le CMG en 2014) afin de partager les attentes respectives et organiser les demandes d'avis.

2.4. Dérogation

L'article L. 4011-1 du CSP énumère les dispositions législatives auxquelles un protocole de coopération permet de déroger. Or, il ne prévoit pas de déroger à certains textes, tels que ceux qui concernent la télémedecine ou la prescription par des non médecins. Ces dispositifs répondent à un besoin des professionnels qui les ont intégrés dans des protocoles de coopération. Par ailleurs, l'analyse des protocoles met en évidence des difficultés dans l'appréciation de la pertinence ainsi que la possibilité de dérogation.

► Profils professionnels et nature de la dérogation

Les protocoles de coopération concernent très majoritairement les délégations médecins-IDE, et, dans une large mesure également, les MERM et orthoptistes. Ils reposent toujours sur relation de confiance qui s'établit entre le délégant (et le médecin référent du patient s'il n'est pas délégant) et le professionnel délégué.

Les demandes de dérogations se sont développées pour répondre à plusieurs objectifs, non exclusifs :

→ **Légaliser d'anciennes pratiques**

Le rapport Berland avait déjà mis en évidence des porosités dans les périmètres professionnels.

Des professionnels ayant acquis de l'expérience, voire des compétences, ont pris en charge des actes qui ne leur étaient pas dévolus, de façon informelle, avec l'accord implicite des acteurs impliqués.

Ces équipes ont souvent la maîtrise de leurs pratiques.

Pour autant, la délivrance d'un avis officiel de la HAS, sur une organisation pouvant se déployer sur le terrain, par des équipes novices, nécessite de consolider certains points et particulièrement : les prérequis nécessaires, la formation exigible, l'analyse des pratiques au long court, l'identification des risques, les indicateurs de suivi,...

→ **Intégrer, pour les IDE, l'évolution de nouvelles techniques non prévues au décret d'acte (cadre réglementaire rigide)**

L'exercice infirmier est régi par un décret listant les actes, prescrits et non prescrits, qu'ils/elles peuvent pratiquer, ne tenant pas compte des évolutions, notamment techniques.

Les IDE qui acquièrent de nouvelles compétences techniques non prévues au décret d'acte, au cours de leur expérience professionnelle, ne peuvent actuellement les appliquer dans un exercice courant, qu'en appliquant un protocole dérogatoire (art 51). Il s'agit, par exemple, de l'utilisation d'un Fibroscan ou d'un échographe manuel.

→ **Proposer de nouveaux modes d'exercice – ciblage sur pathologies chroniques – modes d'exercice collaboratif**

La vision parcours nécessite de décroquer les différentes prises en charge des patients et d'intégrer plus de collaboration inter et pluri professionnelle.

Ceci se vérifie particulièrement pour les maladies chroniques pour lesquelles les intervenants sont nombreux, divers et alliant parcours ville/hôpital.

Cependant, la nécessité d'une dérogation n'est pas toujours évidente et il s'agit parfois plus de devoir réorganiser les pratiques des différents professionnels concernés, autour du patient et de son parcours de soins, que de déléguer des actes.

Ceci est particulièrement vrai dans le cas d'équipes resserrées autour du médecin, présent dans un même lieu, où il reste responsable des décisions prises.

Il peut également s'agir d'une autre réponse à apporter

Exemple : Pour le protocole relatif à la mise en place d'une consultation infirmière de premier recours, à domicile auprès de patients porteurs de Chikungunya, la HAS a été considérée qu'il s'agissait de la mise en place d'une organisation spécifique dans un cadre épidémique, et non d'autoriser une dérogation pouvant être reproductible et pérenne.

Il apparaît nécessaire, dans tous les cas, d'avoir un temps d'échange avec l'ARS promotrice et les promoteurs, afin de bien définir ensemble, le besoin de santé et la pertinence d'une dérogation.

Par contre, nous avons constaté que certaines prises en charge sont plus complexes, nécessitent un temps d'expertise médicale important, ainsi que l'implication de plusieurs acteurs. Il s'agit principalement des maladies chroniques, dont la prévalence augmente, réclamant une organisation adaptée.

Certains professionnels ont envisagé d'y répondre en proposant de nouvelles organisations permettant :

- au patient, d'être pris en charge plus rapidement ;
- au médecin, de se concentrer sur les patients au profil plus complexe, moins stable, et/ou des activités de recherche clinique ;

- à l'infirmier(e), de prendre en charge des patients dans leur globalité en associant éducation thérapeutique (ETP) et actes médicaux au cours de consultations de suivi, intégrant des actes qui ne sont pas habituellement de son champ de compétence, tels que des prescriptions thérapeutiques ou d'examens,

C'est également le sens de l'art 30 du projet de loi de santé (en cours de discussion)

→ La formation des délégué(e)s

L'art.51 impose de définir les critères de qualité et de sécurité d'une prise en charge dérogatoire. Il s'agit, plus globalement de définir et élargir la notion de « compétence », de redessiner les périmètres d'activité de chaque professionnel, en fonction de sa formation, son expérience.

La formation est au cœur du dispositif et doit être garante de la qualité et la sécurité des nouvelles prises en charge. C'est pourquoi, un focus a été fait sur ce point et les outils d'aide, renforcés.

Les documents d'aide à l'élaboration des protocoles de coopération, proposés par la HAS, permettent de mettre en cohérence, les compétences nécessaires à l'acte ou l'activité, avec le programme de formation. Les exigences portent, sur les prérequis recommandés (en amont) jusqu'à l'évaluation et le maintien des compétences¹⁸.

→ La télémédecine

Il s'agit de protocoles répondant à un manque de disponibilité médicale, nécessaire pour le suivi des maladies chroniques, ainsi que pour la filière ophtalmique, présentant des délais d'accès aux soins très important :

- **concernant le diabète** : les protocoles, d'une part, relatif au dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique et, d'autre part, relatif au suivi des patients diabétiques, via smartphone. Le premier concerne la prise de clichés par un orthoptiste et une validation, à distance, par l'ophtalmologiste. Le second concerne la surveillance de patients diabétiques, via une application Smartphone, et un système de suivi des données médicales en direct.
- **concernant l'ophtalmologie** : 2 protocoles portent sur le bilan visuel, pour les adultes (16-50 ans) pour l'un, et pour les enfants de l'autre (6-15 ans). Ils intègrent : l'interrogatoire du patient, la réfraction et le bilan des déséquilibres oculomoteurs sans prescription médicale, la prise de rétinoographies avec un rétinographe non mydriatique (RNM) et pour les adultes, la mesure du tonus oculaire.
- **concernant le suivi des plaies chroniques** : un protocole qui fait intervenir un(e) IDE expert(e) auprès d'un binôme médecin traitant / IDE en charge habituel du patient. Dans un premier temps, il se déplace auprès du patient et propose le plan de soins, qui sera validé par le délégant, en accord avec le médecin traitant. Il peut, dans un second temps, être sollicité à distance par le binôme requérant, via télémédecine : clichés, ou images dynamiques en direct.

¹⁸ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

Dans le cadre du groupe de travail du Conseil Stratégique des Industries de santé (CSIS)¹⁹, sous l'égide du Premier Ministre, une fiche concernant l'articulation avec l'art 51, a été élaborée.

(cf annexe 5). Il s'agit de définir les conditions de la mise en œuvre d'un projet de télémédecine nécessitant de recourir à un protocole de coopération.

En favorisant d'un côté, une prise en charge du patient par un paramédical, et de l'autre, un avis médical rapide, l'utilisation de la télémédecine dans une organisation médecin/paramédical, peut représenter une solution pour répondre aux problèmes d'accès aux soins dans des zones ou circonstances (maladies chroniques) de pénurie médicale.

► **Transfert de prescription médicale**

Elle concerne, jusqu'à présent, les infirmier(e)s et diététicien(ne)s pour des transferts d'adaptation de traitement à partir d'une prescription médicale initiale.

Au-delà des prescriptions, le sujet pourrait servir de base de réflexion concernant les évolutions des métiers, notamment, au sein de la Grande Conférence de Santé

L'article 30 du projet de loi de santé prévoit l'exercice en pratique avancée et le définit ainsi : « *Il s'agit, à partir du métier socle de permettre, dans des conditions qui seront définies par voie réglementaire, un élargissement du champ des compétences vers, par exemple, la formulation d'un diagnostic, la réalisation d'une analyse clinique, l'établissement de prescription, ou l'accomplissement d'activités d'orientation ou de prévention.* ». Certains protocoles pourraient servir de base de réflexion dans le cadre du chantier sur les pratiques avancées.

2.5 Le type de prise en charge

Les protocoles instruits depuis 2011 concernent tout autant les activités hospitalières que la médecine de ville.

Certains protocoles permettent aux équipes hospitalières de suivre des patients une fois sortis de l'hôpital ce qui pose la question de l'articulation avec les équipes de soins primaires.

Exemple :

Une IDE assure une consultation de suivi des patients atteints d'une maladie d'Alzheimer en alternance avec le médecin, dans des structures d'accueil de patients Alzheimer.

2.6 Le déploiement des protocoles

Seules 4 thématiques de protocoles ont une mise en œuvre à large échelle. Il s'agit de l'ophtalmologie (2 protocoles), le suivi du diabète par télémédecine, du protocole ASALEE, l'échographie (2 protocoles), ayant bénéficié soit d'une organisation à l'échelon national (suivi

¹⁹ GT 33 CSIS-CSF – Fiches pédagogiques d'aide à la qualification d'un projet de télémédecine

de patients diabétiques (type 2) via smartphone et ASALEE) et/ou de l'implication des conseils nationaux en amont (Conseil National d'Ophtalmologie, G4²⁰ pour l'échographie).

Un autre protocole, relatif au prélèvement de cornées est également largement mis en œuvre.

Par ailleurs, d'autres protocoles, semblent répondre à un besoin de santé à l'échelon national ; ils intègrent des critères partagés en termes de formation du délégué et d'organisation. Ils pourraient être mis en œuvre à grande échelle. Il s'agit principalement du Fibroscan, de la vaccination et du suivi des plaies chroniques.

► Les thématiques des protocoles autorisés et mis en œuvre sur plusieurs régions

Les 6 protocoles mis en œuvre sur plusieurs régions représentent, à eux seuls, **65 % des mises en œuvre totales** (en nombre d'adhésions de professionnels).

Certains des protocoles ont été autorisés récemment et seront éligible à l'évaluation 2015 (mis en œuvre avant le 31 décembre 2014), notamment le protocole sur le suivi des patients diabétiques (Suivi de patients diabétiques (type 2) via smartphone) qui a été mis en œuvre dans 9 régions.

→ Les conditions d'un faible déploiement

La faible mise en œuvre de certains protocoles peut s'expliquer de plusieurs façons :

- du fait d'une autorisation récente, ne permettant pas encore d'évaluer le déploiement territorial ;
- en raison d'une demande locale dépendante du seul besoin local, des conditions d'exercice des professionnels demandeurs, de leur disponibilité.
- les protocoles locaux n'ayant pas bénéficié de l'implication de représentations professionnelles pour leur rédaction, sont pour la plupart personnes-dépendants. S'ils répondent à un besoin local à un moment donné, cette dérogation n'est pas obligatoirement pérenne à l'échelon local (arrêt d'exercice d'un des professionnels) et peut difficilement s'étendre au plan national. Ils nécessitent néanmoins une charge de travail conséquente, au niveau des promoteurs, de l'ARS et la HAS.

Exemple : Réinjection intraveineuse de suspensions cellulaires et de radiopharmaceutiques par un technicien de laboratoire en médecine nucléaire – les promoteurs avaient un réel besoin de réduire les délais d'attente avant la réinjection et n'avait de MERM en nombre suffisant. Cependant, cet acte, habituellement réalisé par les MERM, ne présente, ni un besoin régional, ni national.

- d'une nécessité de financement (*ex : vaccination en ville*)
- d'une pratique basée sur une formation concentrée sur le profil des promoteurs.

²⁰ Le « G4 » représente le Conseil National Professionnel de la Radiologie - Il englobe : le Collège des Enseignants de Radiologie, la Fédération Nationale des Médecins Radiologues, la Société Française de Radiologie, le Syndicat des Radiologues Hospitaliers

Certains protocoles proposent une formation, validée par le délégant et donc difficilement reproductible.

2.7 Évaluation (cf Partie 2 - évaluation 2014)

Le rapport d'évaluation des premières mises en œuvre est finalisé. La plupart des équipes ont transmis, comme convenu, leurs résultats. Une seule équipe ne les a pas transmis. Aucune donnée issue de l'analyse de l'évaluation des protocoles ne justifie un arrêt de mise en œuvre. Par ailleurs, les EI signalés restent très marginaux et ne mettent pas en cause la sécurité des patients.

Par ailleurs, le rôle des différents acteurs est à éclaircir (ARS/DGOS/HAS) ; certaines ARS ne s'emparent pas complètement du dispositif et des problématiques associées (analyse des besoins de santé, de la pertinence d'une dérogation, analyse juridique liée à la possibilité de dérogation, ...).

2.8. Les points d'attention

► Expertise

Les avis rendus par le collège de la HAS reposent sur des avis d'experts. Dans le cadre des protocoles de coopération, sont interrogés : des parties prenantes (Conseils ordinaires, Conseils nationaux professionnels et sociétés savantes, collèges professionnels), des experts *intuitu personae*, des représentations de patients.



Facteurs limitant le déploiement d'un protocole de coopération

Locaux

- ✚ Absence de besoin régional
- ✚ Existence d'un besoin local, non reproductible
- ✚ Formation locale, non reproductible et difficilement évaluable

Nationaux

- ✚ Absence de financement (*médecine de ville principalement*)
- ✚ Rigidité du dispositif réglementaire empêchant les adaptations

La HAS est confrontée à plusieurs difficultés :

- Le ciblage des experts *intuitu personae*, et particulièrement en ce qui concerne les non médecins, ne repose pas, à ce jour, sur des critères objectivables. Alors que les bases d'experts identifient de nombreux médecins, il est, en effet, compliqué de repérer les professionnels non médecins, pouvant répondre de façon pertinente, à l'expertise souhaitée

- Les avis reçus ne sont pas toujours suffisamment motivés, bien que les nouveaux supports d'évaluation permettent une nette amélioration, en intégrant cette motivation.
- Les avis ne sont pas reçus dans les délais recommandés et nécessitent de nombreuses relances (cf IV.1.2).

Afin d'aider les experts à préciser leurs propositions de réserves, la grille d'expertise a été revue en intégrant des critères de motivation, pour chaque item de la fiche projet du protocole de coopération. Il leur est également demandé de motiver leur avis général concernant le protocole expertisé (avis favorable ou défavorable).

- Par ailleurs, les échanges avec les parties prenantes ont été renforcés, afin de leur préciser la méthodologie et nos attentes, dans le respect du décret relatif à l'expertise sanitaire²¹.

→ Avis infirmiers

La majorité des protocoles concernent les infirmier(e)s (70% des protocoles reçus en 2014). Pour autant, les expertises reposent, pour l'essentiel sur des avis médicaux, en l'absence de retour du Conseil National de l'Ordre Infirmier, pourtant sollicité.

La mise en place d'un collège infirmier (mars 2015) pourrait permettre de conforter les avis du collège de la HAS, sur certains points de vigilance. Les propositions du Collège sont particulièrement attendues sur la formation proposée pour un protocole donné, mais également pour une extension à l'échelle nationale (reproductibilité des formations sur le territoire).

► Dispositif Technique

Le dispositif repose sur l'autorisation d'un protocole, sans permettre d'évolution, ce qui a pour conséquence de devoir instruire sous des références différentes, plusieurs protocoles portant sur le même sujet, mais comportant des évolutions ou modifications.

Le site dédié Coop-ps ne permet pas de retirer les versions précédentes d'un même protocole (*exemples : (1) échographie en milieu hospitalier, puis échographie en secteur libéral – (2) échocardiographie (2 protocoles remplacés par un autre protocole après modification des conditions de formation – (3) le protocole ASALEE avec modification de la formation*).

Il est donc compliqué

- pour les professionnels, de repérer la dernière version autorisée, qu'ils peuvent mettre en œuvre ;
- pour la HAS, de repérer les différentes versions d'un même protocole, d'où sont issus les résultats d'évaluation.

Certaines thématiques représentent un réel enjeu pour les professionnels à l'échelon national. Le site Coop-ps n'est pas toujours utilisé en amont, afin de permettre un travail collectif sur ces sujets partagés et il existe toujours des « doublons », même s'ils sont moins nombreux (*ex : suivi des patients porteurs d'une hépatite C, chimiothérapie IV*)

²¹ Décret n° 2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du code de la santé publique

Néanmoins, les ARS s'en emparent progressivement. Par ailleurs, ils commencent à prendre l'habitude de se concerter sur les différentes thématiques, le plus fréquemment, après sollicitation de la HAS et/ou la DGOS (*ex : (1) suivi des plaies, (2) délégation médecin/IDE sur la chimiothérapie IV, (3) perfusion intra-osseuse par IDE en urgence*)

► Indicateurs

La collaboration en lien avec le service Service des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (SIPAQSS) a été organisée. Les documents support ont été améliorés. Les indicateurs ont été consolidés avec la participation des promoteurs de chaque protocole soumis. Ces supports doivent être plus largement diffusés auprès des référents ARS et des professionnels de santé.

► Critères d'éligibilité

L'analyse de l'instruction des protocoles, fait apparaître la nécessité d'affiner les critères d'éligibilité d'un protocole de coopération

- le besoin de santé publique n'est pas toujours précisé sur le plan régional ou national. Un besoin local peut justifier une demande de protocole de délégation d'actes ou d'activités. Pour autant, l'analyse des protocoles mis en œuvre montre qu'une démarche pérenne repose surtout sur le besoin de plusieurs équipes.

la définition du périmètre dérogatoire et la détermination de la possibilité de dérogation demande parfois une analyse juridique approfondie. Il s'agit notamment, soit du fait que l'article 51 ne permet pas de déroger à certains textes, ou que le décret d'actes du délégué permet déjà de pratiquer l'acte ou l'activité proposée.

PARTIE 2 –RAPPORT D'ÉVALUATION 2014

Depuis un an le nombre de protocoles mis en œuvre permet dans le cadre de l'arrêté du 21 juillet 2010 à la HAS de procéder à une évaluation des protocoles, notamment dans la perspective de proposer, soit leur extension, soit la fin de leur autorisation.

Ce premier rapport d'évaluation réalisé sur les données 2014 concerne 13 thématiques différentes développées dans une ou plusieurs régions.

Les étapes préalables à l'évaluation sont nombreuses : élaboration et rédaction du protocole, saisine par l'ARS, avis de la HAS après instruction sur la qualité des pratiques et la sécurité des patients, autorisation de mise en œuvre par un arrêté ARS, formation des délégués, adhésions et enfin la mise en œuvre.

L'étape suivante est l'évaluation à un an. Toutes les équipes n'ont pas pu transmettre l'ensemble de leurs données en temps voulu, ainsi que tous les indicateurs renseignés et avec toute l'exhaustivité souhaitée.

Cette évaluation à un an de mise en œuvre est pourtant essentielle pour apprécier le bénéfice de la coopération au regard des objectifs du protocole, évaluer le risque et permettre leur déploiement sur le territoire. Elle permettra également une analyse qualitative du retour d'expérience des promoteurs et des ARS pour faire évoluer le dispositif.

1. LA MISSION D'ÉVALUATION

1.1. Les exigences réglementaires

En application de l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et des mesures réglementaires d'application (en particulier de l'arrêté du 21 juillet 2010) :

Les professionnels qui adhèrent à un protocole :

- transmettent à l'ARS et à la HAS, au cours de la première année de leur adhésion au protocole de coopération, le résultat des indicateurs tels qu'ils ont été arrêtés dans le protocole ;
- signalent au directeur général de l'ARS les difficultés d'application rencontrées, notamment lorsque les indicateurs validés par la Haute Autorité de santé dépassent le seuil d'alerte qui leur est affecté ou qu'il survient des événements indésirables.²²

Les ARS informent la HAS des difficultés d'application rencontrées :

- transmettent chaque année à la HAS un bilan annuel du suivi des protocoles dans leur région ;
- peuvent mettre fin à un protocole au vu des informations qui leur sont transmises après, le cas échéant, avoir demandé l'avis de la HAS.

La HAS peut émettre un avis concernant une éventuelle poursuite ou interruption d'un protocole au regard des informations transmises par les professionnels et les ARS :

- rédige un bilan de son activité relative aux protocoles de coopération qui comprend notamment une synthèse des difficultés rencontrées dans l'application des protocoles autorisés telles que transmises par les ARS ;
- peut décider d'étendre un protocole.

Il résulte la nécessité, pour la HAS, de procéder à une évaluation des protocoles mis en œuvre dans le champ de ses missions notamment dans la perspective de proposer, soit leur extension, soit la fin de leur autorisation.

1.2. Les modalités de suivi des protocoles article 51.

► Les deux premières années civiles.

Chaque équipe ayant écrit un protocole, élabore une grille de recueil des données, en fonction des indicateurs et objectifs définis au préalable.

À la fin de chaque année civile, au plus tard le 30 janvier de l'année suivante, les équipes qui ont adhéré à un protocole transmettent à l'ARS les données recueillies. L'ARS s'assure de la qualité et de l'exhaustivité de ces données en communiquant directement avec les promoteurs voire par une visite sur site.

Par ailleurs, tout au long de l'année, ces équipes signalent à l'ARS les événements indésirables et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du protocole.

²² Les professionnels ont par ailleurs l'obligation de signaler les Évènements Indésirables Graves.

L'ARS complète, le cas échéant, ces données à l'occasion de visites sur site ou de réunions régionales regroupant les responsables de ces équipes, voire d'autres acteurs (URPS, ordres professionnels...). Sur cette base, elle rédige pour chaque protocole

- **un bilan annuel de suivi** qui comprend les informations sur les délégants et les délégués,
- **un bilan qualitatif** (les points positifs, les difficultés rencontrées) et quantitatif en répondant à tous les indicateurs prévus, en utilisant les tableaux génériques (cf annexe 7) incluant indicateurs d'activité, de qualité et sécurité des soins dont gestion des risques, de satisfaction et de résultats.

L'ARS complète ces bilans par **un état des lieux des protocoles en cours d'élaboration** dans la région et, sur proposition de la HAS, les adresse, au plus tard le 30 mars, à la HAS.

La HAS, quant à elle, rédige un bilan de suivi de chaque protocole au plus tard à l'issue de la deuxième année civile des premières adhésions. Il repose sur la consolidation des données transmises par les ARS.

Ce bilan, validé par le collège de la HAS, pourra proposer :

- l'extension nationale du protocole
- la fin de l'autorisation d'un protocole dans une ou plusieurs régions, sur avis des ARS considérées.

► **Au cours des années suivantes**

Le suivi de chaque protocole sera organisé en fonction des résultats des premiers bilans d'évaluation.

2. MÉTHODE D'ÉVALUATION DES PROTOCOLES DE COOPÉRATION

Les données de l'année 2014 ont été obtenues en février et mars 2015 à partir de plusieurs sources :

- **Le site COOP-PS** géré par la Direction Générale de l'Organisation des Soins qui collige les dates d'autorisation ARS (date de l'arrêté) dans la région, les adhésions individuelles des délégués et délégants mises à jour au fil de l'eau. Le site évolue régulièrement permettant récemment la possibilité d'effectuer des requêtes (autorisations par les ARS, adhésions enregistrées).

- **Les retours des évaluations transmises par les ARS :**

Il leur a été proposé de compléter des tableaux génériques, intégrant des données qualitatives et quantitatives.

À noter, toutefois, que :

- La présentation des données n'est pas homogène malgré une demande de restitution dans ces tableaux génériques.
- Qu'il existe des erreurs de saisie : dates d'autorisation affichées correspondant à celle de la région promotrice et non de la région qui met en œuvre ; dates de mise en œuvre avec un décalage entre les adhésions notifiées et la mise en œuvre réelle par exemple après la formation ou des événements type départ à la retraite du délégant non remplacé...

- **La base de données HAS:**

Elle intègre l'ensemble des protocoles reçus, parmi lesquels ceux ayant eu un avis favorable, les protocoles abandonnés ou mutualisés.

- **Les contacts ciblés :** contacts téléphoniques ou par courriel avec les ARS et les promoteurs pour recueillir des informations complémentaires.

À partir des éléments reçus, une analyse des évaluations par protocole et par filière a été réalisée en avril 2015. De cette analyse qualitative (indicateurs adaptés à chaque protocole) et quantitative (retour d'expériences des promoteurs et des ARS), une liste de points forts, a été mise en évidence, pouvant servir de base à une extension nationale des protocoles.

Sur cette base la HAS pourrait émettre des propositions d'extension nationale ou proposer la fin d'autorisation.

3. RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION 2014

3.1 Analyse globale

L'analyse globale porte sur le nombre des protocoles ayant eu un avis favorable de la HAS, le nombre de protocoles autorisés, mis en œuvre, leur degré d'extension²³, le nombre d'adhésions de professionnels et le nombre de patients pris en charge dans le cadre de ces protocoles.

D'une manière générale, les éléments supports de l'analyse sont très variés d'une région à l'autre.

Certains protocoles ne sont autorisés que dans leur région d'origine, alors que d'autres le sont sur presque tout le territoire.

La même variabilité a été observée pour la mise en œuvre et les adhésions des professionnels (cf Partie I – 1.2.)

Le matériel d'étude est très instable et varié :

Sur les 220 arrêtés d'autorisations, 1/3 seulement a été jusqu'à une mise en œuvre avec d'une part, des protocoles autorisés et mis en œuvre dans la seule région d'origine, et d'autre part, des protocoles autorisés et mis en œuvre dans plusieurs régions.

Un tableau synthétique (cf annexe 8) regroupe tous les protocoles autorisés dans chaque région, la thématique abordée, la date de mise en œuvre, les dates d'arrêté d'autorisation des ARS, les dates de mises en œuvre qui définissent l'éligibilité à l'évaluation.

► Protocoles éligibles à l'évaluation

Parmi les 38 protocoles (cf annexe 9) autorisés en 2014, **13 protocoles différents** sont éligibles à l'évaluation 2014 (cf annexe 10).

Parmi ceux-ci, **5 protocoles** ont été mis en œuvre (avant le 1^{er} janvier 2014) dans au moins 2 régions.

²³ Il s'agit du nombre d'équipes ayant mis en œuvre le protocole autorisé considéré

Les 13 PC se déclinent dans les tableaux 1 à 3 ci-dessous :

→ 8 protocoles mis en œuvre dans une seule région.

Intitulé
<i>Réalisation de ponction médullaire en crête iliaque postérieure à visée diagnostique ou thérapeutique par une Infirmière en lieu et place d'un médecin</i>
<i>Réalisation de bilan urodynamique par une infirmière experte en lieu et place d'un médecin</i>
<i>réalisation d'actes d'échographies par les MERM (délégués) validée par les médecins (délégants)</i>
<i>Consultation infirmière de suivi des patients traités par anticancéreux oraux à domicile" Délégation médicale d'activité de prescription -</i>
<i>Enregistrement et pré interprétation en vue du dépistage de l'échographie anormale, des paramètres écho cardiographiques trans thoraciques par une IDE en lieu et place d'un médecin cardiologue avant interprétation médicale définitive</i>
<i>Diagnostic d'une lymphocèle, indication et réalisation de sa ponction chez les patients en post-opératoire d'une chirurgie mammaire curative et/ou reconstructrice. -</i>
<i>Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans -</i>
<i>Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans</i>

Tableau 1 - protocoles mis en œuvre dans une seule région

Parmi ces protocoles, signalons le cas de 2 protocoles qui portent sur l'échographie cardiaque par des paramédicaux, déposés successivement, et intégrant des évolutions. Ils ont été autorisés et mis en œuvre, mais intègrent une formation difficilement applicable (les IDE ne peuvent suivre la 2nde année du DU). Un troisième protocole, déposé récemment par l'ARS Aquitaine, et non encore mis en œuvre, apporte des modifications sur la durée de la formation réduite à un an au lieu des deux prévues au départ. Ce protocole, a eu l'avis favorable du collège de la HAS en janvier 2015, et doit remplacer les deux précédents. Il sera soumis à évaluation après un an de mise en œuvre.

Intitulé	Nombre de régions l'ayant mis en œuvre avant le 1 ^{er} janvier 2014
<i>Réalisation d'échographie par un professionnel non médical</i>	2
<i>« Enregistrement et pré-interprétation en vue du dépistage de l'échographie anormale, des paramètres échocardiographiques trans-thoraciques (ETT) par une infirmière diplômée d'Etat (IDE) en lieu et place d'un médecin cardiologue avant interprétation médicale définitive</i>	1
<i>« Réalisation d'échocardiographie par un professionnel non médecin : enregistrement et pré interprétation des paramètres écho cardiographiques trans-thoraciques (ETT) par une infirmière diplômée d'état (IDE) en lieu et place d'un médecin cardiologue avant contrôle et interprétation médicale définitive»</i>	Autorisation et mise en œuvre 2015

Tableau 2 - protocoles portant sur l'échographie

→ **5 autres protocoles déployés sur plusieurs régions:**

Intitulé	Nombre de régions l'ayant mis en œuvre avant le 1 ^{er} janvier 2014
<i>ASALEE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle et médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné. »</i>	16
<i>« Protocole de coopération autorisée entre médecins radiologues ou nucléaires et manipulateurs d'électroradiologie médicale (ERM) formés à l'échographie, exerçant au minimum 50 % de leur temps de travail dans ce domaine »</i>	5
<i>« Délégation de prescription à l'orthoptiste de : la mesure de l'acuité visuelle, la tonométrie à air, la mesure de la réfraction, la photographie couleur non mydriatique du fond d'œil, du champ visuel automatisé, de la vision des couleurs et de la réalisation de l'OCT</i>	4
<i>« Coopération entre professionnels de santé : « Réalisation d'échocardiographie par un professionnel non médecin »</i>	2
<i>« Prélèvements de cornées dans le cadre de prélèvements de tissus et/ou de prélèvements multi organes sur personnes décédées ».</i>	3

Tableau 3 - protocoles déployés largement

► **Nombre d'adhésions de professionnels aux protocoles mis en œuvre (au 31/12/2014)**

L'autorisation d'un protocole de coopération dans une région, permet, de fait, à toute équipe professionnelle de la région (comprenant au minimum un(e) délégrant(e) et un(e) délégué(e)) répondant aux critères du protocole, d'y adhérer et le mettre en œuvre.

Il existe une grande variabilité du nombre de professionnels adhérant à un protocole, selon les protocoles et selon les régions – le recensement²⁴, au 31 décembre 2014, sur l'ensemble du territoire relevait **1190 adhésions (430 délégués et 760 délégants)**.

Le nombre d'adhérents par protocole mis en œuvre est variable selon les protocoles. Certains d'entre eux ne sont mis en œuvre que par un binôme délégué/délégrant, alors que d'autres se sont déployés plus largement et sont mis en œuvre par plusieurs dizaines d'équipes professionnelles.

Le nombre maximal correspond au protocole ASALEE (sur 16 régions par 487 professionnels au total à cette date)

²⁴ À partir des données transmises par les ARS et relevées sur le site Coop-ps

3.2. Analyse des protocoles déployés sur plusieurs régions

ASALEE

→ Présentation

Évaluation 2014 sur **16 régions** pour **112 cabinets médicaux (487 professionnels médecins et IDE)**

- ✚ La **centralisation des données recueillies régulièrement**, par un portail extranet sécurisé, leur volume, leur multiplicité permettent une exploitation plus complète des résultats d'autant que le protocole atteint un degré d'extension quasiment national.

Répartition du temps d'activité : un peu plus du 1/3 pour consultation, 1/3 pour gestion de dossier, moins du 1/3 pour formation du délégué et concertation avec délégant

Objectif de 6 consultations / jour atteint à 80%

Le temps de consultation infirmière reste long (47 mn versus 15 mn par un médecin)

Répartition des patients pris en charge (par pathologie cible) : 1/3 pour DT2, 43% pour RCV, 9% pour troubles cognitifs et 6% pour BPCO

✚ Résultats médicaux :

Les consultations de suivi IDE sont efficaces si elles sont maintenues dans le temps

DT2 : le **taux d'HbA1c diminue** après une consultation (et de 8% après 5 consultations) **mais reste supérieur à 7,50**.

RCV : Les LDL des patients inclus dans le protocole diminuent et se maintiennent

Le protocole est appliqué en cabinet de médecine générale pour le suivi de tout patient à risque de diabète, maladie cardio-vasculaire, bronchite chronique et/ou Alzheimer.

Le projet ASALEE a été initié, en 2004, dans le cadre des expérimentations BERLAND²⁵.

(3 cabinets libéraux associant une équipe médecin-infirmière) s'est ensuite étendu sur le département des Deux Sèvres puis en 2009 dans 9 départements appartenant à 4 régions.

Il bénéficie d'une organisation centralisée, associative.

En 2012, il s'est rattaché au dispositif art 51, en incluant des actes dérogatoires sur 4 sujets : diabète de type 2, HTA, et facteurs de risques cardio-vasculaires, BPCO, repérage des troubles cognitifs.

²⁵Berland Y, Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (Rapport d'étape).Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; 2003.

Les professionnels adhèrent, dans un premier temps, à l'association ASALEE, qui organise la formation, la coopération interprofessionnelle, avant d'entrer dans le dispositif de dérogation.

Le projet initial est plus proche de la **complémentarité des rôles** (intervention de l'IDE sur l'Education Thérapeutique du Patient et la mise en œuvre du suivi avec le médecin sur le diagnostic et les soins). En 2012, en incluant des actes dérogatoires²⁶ sur 4 sujets il s'est rattaché à la procédure Article 51: **diabète type 2, HTA et Facteurs de risques cardio-vasculaires, BPCO, Troubles cognitifs**.

A noter que d'autres sujets ont été inclus au protocole tels les dépistages du cancer du sein et du colon, sans dérogation.

En pratique l'inclusion des patients est faite par le médecin ; l'IDE assure une consultation initiale (longue) sur le thème principal de santé (diabète, HTA ou enquête alimentaire, sociale...) propose une synthèse incluse dans le dossier informatique commun du cabinet et reporte ces éléments dans les données d'ASALEE centralisées en temps réel.

Par la suite elle organise les consultations suivantes avec les examens utiles (spirométrie, bilan sanguin, mesure de la tension en auto mesure...).

→ **Professionnels**

112 cabinets médicaux sont impliqués en milieu rural, semi-rural ou urbain. Les IDE travaillent avec plusieurs médecins dans deux ou trois cabinets.

→ **Système d'information**

Une des spécificités du protocole ASALEE est le recueil des données au fil de l'eau sur un portail extranet sécurisé. Ces tableaux de bord (cf annexe 11-1) permettent un suivi précis et régulier.

→ **État des lieux**

En décembre 2013 le protocole ASALEE est **mis en œuvre dans 16 régions** (112 cabinet médicaux) et éligible à l'évaluation pour les équipes après au moins 12 mois de mise en œuvre (cf annexe 11).

Rappelons que la mission de la HAS dans le cadre des suivis des protocoles article 51 porte sur le maintien de la qualité des soins et la sécurité du patient. Cela correspond bien au premier objectif d'ASALEE qui est d'améliorer la qualité des soins de premier recours en particulier les maladies chroniques. Notons que les deux autres objectifs d'ASALEE sont de répondre aux tensions toujours plus aigües sur la démographie médicale (plutôt dans le champ des ARS), et se maintenir dans un cadre d'efficience des nouvelles organisations ou nouveaux protocoles (dans le champ de la CNAM et l'IRDES).

→ **Évaluations réalisées**

²⁶ - suivi du patient diabétique de type 2 incluant rédaction et signature de prescriptions des examens HbA1c, micro-albuminurie, dosage du HDL Cholestérol, créatinémie, fond d'œil; prescription et réalisation des ECG; prescription et réalisation des examens des pieds;

- suivi du patient à risque cardio vasculaire incluant prescription et réalisation des ECG, suivi des INR et ajustement des AVK;

- suivi du patient BPCO incluant prescription et réalisation de la spirométrie;

- consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées;

Des évaluations ont déjà été réalisées depuis le début de l'expérience avant la constitution du dossier en protocole dérogatoire article 51 :

Une évaluation socio organisationnelle par le département d'ergonomie de la Faculté de Bordeaux²⁷ : entretiens avec les infirmières et les patients. Les patients voient leurs examens programmés régulièrement et leur traitement réajusté par le médecin et avec l'IDE ils disposent d'un espace gratuit d'écoute et de soutien. : « ...Les consultations infirmières ne constituent pas essentiellement un prolongement du traitement : elles s'inscrivent dans le monde du soin, avec une forte prise en compte des spécificités du patient.... ».

« Cette manière de considérer la consultation et le mode d'échange ouvre des possibles au patient pour devenir acteur de sa propre santé. »

Évaluation médico-économique par l'IRDES en 2008²⁸ :

L'IRDES a été sollicité par la HAS pour l'évaluation médico-économique de ce dispositif. L'étude montre que les patients diabétiques de type 2 suivis dans le dispositif ASALEE ont un équilibre glycémique qui s'améliore, un suivi de meilleure qualité au regard des référentiels de bonne pratique et cela à un coût équivalent pour l'Assurance Maladie. Les modalités de l'étude imposent toutefois que ces résultats soient confirmés par des analyses complémentaires. Ainsi en 2015 l'IRDES met en place une nouvelle évaluation économique s'appuyant sur une méthode quasi-expérimentale qualitative (par entretien approfondi) et quantitative (populations cas et témoins). Le rapport est prévu pour la fin 2016.

Évaluation économique par le Conservatoire National des Arts et Métiers²⁹:

L'objectif est de comparer le coût du suivi des patients atteints de diabète de type 2 selon le protocole d'ASALEE versus suivi classique en cabinet de médecin généraliste et l'évaluation de l'accessibilité financière de la stratégie ASALEE.

Une des conclusions est qu'il existe une économie relative de la consommation de soins de 10% dans la population suivie par rapport au groupe témoin. On constate également plus de prescription d'examen mais moins d'hospitalisations aiguës.

→ L'évaluation quantitative et qualitative HAS 2014

→ Méthodologie

Les sources des données sont doubles :

- les grilles de recueil proposées par la HAS intégrant des données qualitatives et quantitatives. L'évaluation présentée ici concerne uniquement la région Poitou Charentes la plus ancienne et la plus importante en nombre de professionnels adhérents ;

²⁷ Daniellou F.,Petit J.(2007)– « ASALEE c'est du travail. Une contribution à l'évaluation de l'expérimentation par l'analyse des pratiques » document de travail, Ecole Nationale Supérieure de Cognitique/Institut Polytechnique de Bordeaux

²⁸ La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2-Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE- Yann Bourgueil, philippe le Fur,Julien Mousques, Engin Yilmaz- Décembre 2008

²⁹ Expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmières en cabinet libéral. Analyse économique du dispositif ASALEE- Rapport sous la direction de Jean de Kervasdoué, Laurence Hartmann, Jean-Marc Macé, Gilbert Saporta- CNAM- avril 2010

- Les données transmises par l'association ASALEE par extraction du portail extranet sécurisé. Une des spécificités du protocole ASALEE est le recueil des données au fil de l'eau sur ce portail. Les tableaux de bord (cf annexe 11-1) permettent un suivi précis et régulier (des équipes, des régions et France entière) et des extractions en fonction des besoins.

Ces données sont anonymisées, annualisées, et ne concernent que les équipes ayant mis en œuvre le protocole depuis plus d'un an, dans 16 régions (voir annexe 11-2).

5 types d'information sont recueillis :

- Identification du cabinet et de la période concernée :
Les médecins actifs dans le cabinet, les infirmières ASALEE intervenantes, le lieu et la région concernée ainsi que la période couverte par le tableau de bord ; ces données sont à jour et anticipent sur les notifications d'adhésion qui apparaissent plus tardivement sur le site coop-ps (les professionnels adhèrent à l'association d'une part, et puis au protocole de coopération auprès de l'ARS, d'autre part).
- Le suivi des moyens mis en œuvre :
 - La répartition de l'activité repère les temps d'activité consacrés aux patients par l'infirmière en jours ;
 - Le nombre de consultations, le nombre de consultations par jour de travail et le % d'atteinte de l'objectif théorique de 6 patients par jour ;
 - Le nombre et part d'actes dérogatoires effectués ;
 - Le nombre et part de patients selon le type de pathologie ;
 - Le nombre d'examens saisis ou intégrés dans la période et le nombre de ceux de la période ;
 - Le nombre de nouveaux patients ;
- Les indicateurs de résultats médicaux : HbA1c, LDL, Tension Artérielle.
- Les indicateurs de résultats en prévention
 - Le nombre de patients ayant fait au moins une fois une spirométrie et le taux de couverture des patients tabagiques.
 - Le nombre de patients ayant eu au moins une détection des troubles cognitifs et le taux de couverture des patients à risque.
- Les patients éligibles aux différents protocoles selon la pathologie

Ces chiffres sont issus des données statistiques moyennes nationales par cabinet. Cet élément donne un objectif de file active maximale.

→ **Résultats généraux, transmis par l'association**

Les résultats sont extraits des tableaux de bord nationaux

Nous avons analysé les résultats de l'évaluation 2014 en :

- agrégeant les résultats de 16 régions
- et distinguant les résultats généraux et spécifiques selon les thématiques.

Un focus a été fait sur la région Poitou Charentes qui est la région historique de ce protocole, et où la forte notoriété entraîne un afflux de candidats médecins généralistes et infirmiers supérieur au nombre de postes ouverts, dans la vague 2014.

Le potentiel statistique de patients cibles est lié aux taux de prévalence des différents volets des sites (cf annexe 11-1) – Le nombre potentiel de patients éligibles est d'environ 140 000 patients (dont environ 22% en Poitou-Charentes)

La proportion importante de nouveaux patients (66%³⁰) explique la montée exponentielle des dossiers ASALEE.

La répartition de l'activité en Poitou-Charentes :

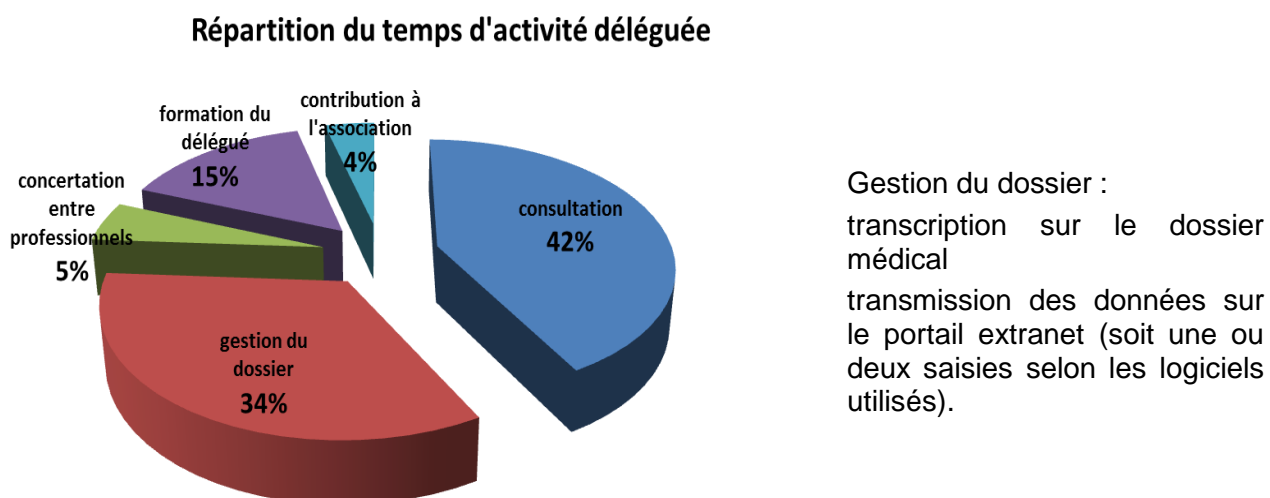


Figure 9 – ASALEE - Répartition du temps d'activité déléguée

Les temps de consultation et de gestion du dossier patient sont longs et probablement dus au délai d'appropriation nécessaire. En Poitou Charentes, la durée des consultations, variable suivant les types de consultations est en moyenne de 47 minutes ce qui est un temps long par rapport à une consultation habituelle d'un médecin généraliste qui en cabinet est de 15 mn selon la DREES (2006).

L'objectif initial de 6 consultations IDE par jour (incluant les activités consultation, gestion du dossier, concertation) par jour est atteint qu'à 80 % en moyenne (72 de médiane), mais on peut raisonnablement penser que l'expérience des IDE et la montée en charge permettra d'atteindre l'objectif.

La concertation n'est pas toujours formelle et a parfois lieu « au fil de l'eau »
L'activité formation diminue avec l'expérience.

La répartition selon les pathologies

³⁰ Pour la médiane de l'ensemble des équipes

**ASALEE - répartition des patients pris en charge par les IDE
/ répartition des actes dérogatoires (encadrés)**

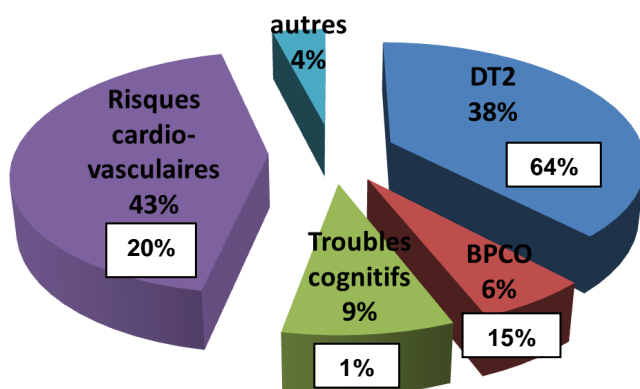


Figure 10 – ASALEE - Répartition des patients pris en charge par les IDE / répartition des actes dérogatoires (encadrés)

→ **Résultats médicaux**

Diabète de type 2

Le principe consiste à inclure les patients potentiellement à risque dont l'HbA1c est supérieur à 7% et à suivre le taux après les consultations (deux fois par an).

- avant une première consultation HbA1c est de 8,32 et diminue après la consultation à 7,95 soit un gain de 4 %
- avant la cinquième consultation la médiane du taux est à 8,38, et après, à 7,64, soit 8 % d'amélioration.

Nous voyons sur ces résultats que la diminution de l'HbA1c se maintient dans le temps ; le niveau restant toutefois supérieur à 7,50.

Nous constatons que les consultations sont efficaces si elles sont maintenues dans le temps.

Risque cardio vasculaire

La proportion d'actes dérogatoires concernant le RCV en particulier les ECG est de 768 soit 20%

- **LDL :**

Les patients sont inclus si les LDL sont supérieur à 1,3.

- o avant la première consultation le taux est de 1,585 de médiane et diminue après la consultation à 1,37 soit de 13%.
- o avant la 3^{ème} consultation la médiane est à 1,595 et 1,34 après soit 15% de diminution.

Les LDL des patients inclus dans le protocole diminuent et se maintiennent.

- **Tension artérielle :**

Les patients inclus ont plus de 14/9 avant la 1^{ère} consultation

Après 3 consultations 49% des patients ont une TA inférieure à 14/9 (49,6 % ont une TA inférieure à 14/9 après la 1^{ère} consultation)

Repérage de la Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

La proportion d'actes dérogatoires concernant le BPCO représente 560 prescriptions de spirométrie soit 15%.

4,86 % des patients tabagiques ont fait l'objet d'une Exploration Fonctionnelle Respiratoire mais l'objectif initial n'est pas précisé.

Repérage des troubles cognitifs

12% des patients âgés ont eu un test des troubles cognitifs mais l'objectif initial n'est pas précisé.

Récapitulatif des données médicales

		1 ^{ère} consultation (c1)	C1 (Poitou Charentes)	C2 (Poitou Charentes)	C3	C3 (Poitou Charentes)	C4 (Poitou Charentes)	C5	C5 (Poitou Charentes)
Taux d'HbA1c	avant	8,32		8,34		8,36	8,33	8,38	8,36
	après	7,95		7,87		7,82	7,80	7,64 (-8%)	7,78(-6,94%)
LDL(g/l)	avant	1,585	1,59	1,60	1,595	1,60			
	après	1,37 (-13%)	1,43 (-10%)	1,44 (-10%)	1,34 (-15%)	1,42 (-11,25%)			
TA>14/9 (pour 100% des patients inclus)	avant								
	après	<14/9 pour 49,6% des patients suivis	47%	53%	<14/9 (49% des patients suivis)	50%	54%		

Tableau 4 – Données médicales en fonction du suivi (consultations IDE) – certaines données sont issues de l'évaluation nationale, d'autres ciblées sur Poitou Charentes

Les consultations sont efficaces si elles sont maintenues dans le temps

→ Discussion

D'autres indicateurs étaient initialement prévus mais n'ont pas été inclus dans les tableaux de bord (cf annexe 11-4b). Ils ont été analysés et discutés avec ASALEE.

Il s'agit des indicateurs suivants :

- **nombre de patients dépistés** annuellement /nombre de patients inscrit au dispositif de médecin traitant

- **mesure du risque cardio** vasculaire et évolution de l'IMC³¹

En pratique cependant,

- les logiciels de gestion de cabinet des médecins ne permettent pas toujours la collecte des données des facteurs de risque permettant le calcul (un cas sur deux),
- et lorsqu'ils le permettent, les données ont un taux de renseignement des rubriques mitigé (un cas sur deux),

Après discussion avec l'évaluateur externe, il est apparu que le suivi de l'évolution de la tension artérielle était pour l'objectif suivi, nécessaire et suffisant.

- **nombre de professionnels ayant adhéré** /nombre de professionnels potentiellement concernés dans le cabinet

La règle d'adhésion au protocole ASALEE est que, sauf exception motivée, la totalité des professionnels d'un cabinet doit adhérer pour pouvoir exercer.

- **délai d'obtention de rendez-vous**

Ce délai dépend du taux d'emploi de l'IDE et de la disponibilité de certains patients, actifs, qui demandent des rendez-vous hors des horaires de bureau.

En moyenne, le taux d'emploi étant proche de 60 %, on peut considérer que le délai moyen d'obtention de rendez-vous est d'un jour.

Pour des IDE à temps partiel, par exemple 2 jours par semaine, il faut compter en moyenne 2 ou 3 jours de délais, jusqu'au prochain jour de présence.

- **temps gagné par unité de temps par le délégué**

Des mesures avaient été faites à l'occasion de l'évaluation des pratiques professionnelles de près de 50 des premiers médecins généralistes pratiquant ASALEE.

À l'époque, ces mesures ont concerné exclusivement les consultations avec les patients diabétiques de type 2, et lorsque l'infirmière ne pratiquait pas les actes dérogatoires.

De ces mesures, ressortaient les gains de temps moyen suivants :

*** 20 minutes pour des consultations dites "de fond" (patient diabétique déséquilibré)**

*** 7 minutes pour les consultations de suivi.**

L'évaluation en cours doit notamment déterminer si la pratique des actes dérogatoires est de nature à modifier ces temps élémentaires, et, notamment l'effet de la capacité de prescription (notamment ECG, spirométrie, troubles cognitifs)

³¹ si l'IMC est une donnée qui est plus fréquemment calculable, elle a son intérêt particulièrement chez les jeunes enfants, (4 à 6 ans) au moment du rebond adipeux, mais, jusqu'à récemment, il n'était pas envisagé de les inclure.

⚡ Le temps de gestion des dossiers diminuent avec l'expérience au profit du temps de consultation (50%)

Points positifs

⚡ Réelle « communauté ASALEE »

⚡ Masse critique suffisante : plus de 10 IDE / département

⚡ Pas d'EI notifié (lié à la dérogation)

⚡ Atteinte des objectifs médicaux (HbA1c, TA) si les consultations de suivi sont maintenues

⚡ Satisfaction des patients et des professionnels sur la qualité de la prise en charge et temps libéré

Points à améliorer

⚡ Confort de travail non assuré pour les IDE

⚡ Adaptation de planning pour certains patients

⚡ Temps de consultation IDE reste long : 47 mn versus 15mn par MG

→ Focus sur la région Poitou-Charentes (voir grille HAS en annexe 11-1)

Le Poitou Charentes est la région « historique » du protocole ASALEE et la plus importante en termes de professionnels adhérents, en raison d'une politique volontariste des professionnels.

Près de 27.500 dossiers sont ouverts en Poitou Charentes ce qui représente 22 % de l'activité nationale

→ Les données quantitatives des indicateurs sur la région Poitou-Charentes :

Il n'y a pas eu d'événements indésirables stricto sensu, liés au protocole de coopération.

Les résultats confirment à plus large échelle l'effet du protocole sur des indicateurs médicaux principaux (HbA1c du patient diabétique de type 2, tension du patient hypertendu). L'indicateur relevé concernant le « Taux de patients avec atteinte de l'objectif médical recommandé dans un délai donné ».

Les données liées à l'activité

La durée des consultations, variable suivant les types de consultations est en moyenne de 47 minutes ce qui est un temps long par rapport à une consultation habituelle d'un MG qui en cabinet est de 15 mn selon la DRESS 2006.

Pour les cabinets les plus anciens, 50 % du temps d'activité l'est devant un patient.

La moyenne du nombre d'exams pris en charge par mois par le délégué évolue à la hausse et 12% des consultations de janvier 2015 ont donné lieu à la réalisation d'un acte dérogatoire.

Il n'y a pas d'alerte mais les réunions régulières et formalisées de concertation déléguant/délégué sont faites pour étudier les dossiers posant des difficultés et permettent un traitement en amont et au fil de l'eau des patients.

La satisfaction

Ils confirment la satisfaction déjà relevée des patients (en 2007 et 2009) et des professionnels (EPP 2008) ; notamment sur la qualité de la prise en charge et le temps libéré.

Il n'y a pas de refus « franc » identifié, dans la mesure où un MG évitera de proposer l'inclusion à un patient dont il pressent le refus ; sachant que ce refus présumé n'est pas définitif. En tant que tel il ne s'agit pas de sortie, mais plutôt d'espacement des consultations, soit parce que l'état de la personne le permet, soit parce que c'est sa préférence.

Les enquêtes de satisfaction-patients montrent une très bonne adhésion aux échanges avec les déléguées avec une notation moyenne de 18.2/20.

Du côté du délégant l'évaluation des pratiques professionnelles montre une forte satisfaction des processus et des résultats.

Il y a un cas d'arrêt de cabinet pour une raison indépendante d'ASALEE (séparation des MG) en 2006, qui va reprendre en 2015 ; et un cas d'arrêt à l'initiative d'ASALEE, le MG ne respectant pas le cahier des charges (soit 1/77)

Du côté des délégués, l'activité ASALEE dérogatoire est jugée épanouissante, pourvu qu'elle soit pleinement réalisée. Sur 52 IDE depuis l'origine : 1 exclusion pour non-respect de cahier des charges, 3 départs en retraite, 4 mutations familiales, 5 retours à l'exercice libéral. La formalisation des réunions de concertation déléguant/délégué et le support ASALEE visent à anticiper les difficultés ainsi que des critères d'admission resserrés.

La forte notoriété du protocole dans cette région historique entraîne un afflux de candidats médecins généralistes et infirmiers supérieur au nombre de postes ouverts, dans la vague 2014. Rappelons à ce sujet que le Collège des financeurs a prévu le financement de 167 ETP d'infirmier(e)s en 2015.

La montée en charge des nouveaux cabinets est facilitée par la présence d'une communauté MG-IDE ASALEE déjà en place, dès qu'une « masse critique » (plus de 10 IDE par département) est atteinte.

Les IDE les plus expérimentées de la région contribuent au déploiement national en essayant leur compétence (recrutement, compagnonnage) et proposent des enrichissements en prenant directement part à la gouvernance du protocole.

Cependant

- le confort de travail dans des cabinets différents n'est pas toujours assuré amenant les IDE à changer de bureaux en fonction des disponibilités du jour.
- des rendez-vous non honorés par certains patients obligent une adaptation de planning.

→ **Synthèse**

Le protocole est en phase de montée en charge avec 72% de l'objectif à 6 consultations/jour, rempli.

Les données transmises par l'association ASALEE font actuellement état de 1000 médecins et 300 infirmier(e)s inscrit(e)s à ce jour, ayant déjà ou devant appliquer le protocole de coopération.

→ **Points positifs**

Des caractéristiques spécifiques du projet expliquent le succès et l'extension du projet plutôt dans des zones dites « désertifiées » d'autant que l'accès du service ASALEE est possible à tout type d'organisation de soins primaires : MSPP, Pôles de santé, médecin isolé.

Le développement tient à la structuration de l'association ASALEE :

- la volonté des généralistes d'ASALEE de garder la main sur les objectifs d'amélioration de la Qualité des soins et sur la propriété des données.
- l'implication forte et la compétence acquise des IDE ASALEE qui sont soit libérales (et ASALEE à temps partiel) soit salariées.
- la satisfaction des patients dans le temps

- l'appui très tôt d'une cellule d'ingénierie chargé de l'organisation des formations, de l'écriture des dossiers, de l'organisation de l'évaluation, de la construction d'un portail extranet sécurisé avec des développeurs (Hébergé et protégé par Informatique De Sécurité IDS) collectant en temps réel tous les éléments recueillis par les IDE, permettant la centralisation des données.

→ **Points à améliorer**

Les résultats médicaux sont positifs en ce qui concerne l'HbA1c et la TA sous la condition de maintenir les consultations de suivi dans le temps

Les temps de consultation de suivi par l'IDE ASALEE sont beaucoup plus élevés que par un médecin. L'IDE associe le plus souvent un temps important d'ETP.

Le temps de gestion des dossiers représente encore 1/3 du temps ; l'expérience devrait permettre de réduire ce temps, comme probablement le temps de consultation

▶ **Protocoles concernant l'échographie**

L'évaluation du déploiement concerne 3 protocoles

- « **Protocole de coopération entre médecins radiologues ou nucléaires et MERM formés à l'échographie, exerçant au minimum 50% de leur temps de travail dans ce domaine** »

→ **Présentation**

Ce protocole a eu un avis favorable de la HAS le 25 avril 2012. Il est promu initialement par une équipe hospitalière de Lorraine sur la base du constat de chute de la démographie des médecins radiologues.

Ce protocole, **porté par les instances nationales de la radiologie** (médicales et paramédicales), vise la réalisation d'échographies de patients hospitalisés ou externes, adultes et enfants, au sein du service d'imagerie, ou dans les lieux rattachés fonctionnellement à celui-ci. Sont exclues de ce champ les échographies cardiaques et obstétricales et les situations d'urgence clinique.

Un médecin radiologue présent, peut intervenir à tout moment en cas de doute, d'image atypique, d'impossibilité d'appliquer le protocole prévu...

La formation des MERM repose sur un DIUE (Diplôme Inter Universitaire d'Échographie d'acquisition), accessible aux manipulateurs après 2 ans d'exercice de la profession et suivi d'une période de tutorat dans le service ; mais pour ceux qui pratiquaient déjà l'échographie la Validation des Acquis de l'Expérience est possible.

Le protocole est conçu initialement pour être déclinable au niveau national.

De fait il s'est étendu à d'autres régions et actuellement **autorisé dans 15 régions.**

→ Évaluation

L'évaluation 2014 porte sur le travail des équipes l'ayant mis en œuvre, issues de 5 régions Lorraine, Bretagne, Centre, Aquitaine, Poitou-Charentes.



Données générales

Protocoles autorisés dans 15 régions -

Évaluation 2014 sur 5 régions – 11275 patients – 43 professionnels (27 radiologues / 16 MERM)



Points positifs

- Porté par les instances nationales de la radiologie (médicale et paramédicale)
- Concordance des résultats avec les expérimentations Berland sur : la diminution des délais de rendez-vous et du temps de réponse à une alerte, le gain de temps médecin, sur les faibles taux d'EI, et les bons indicateurs de satisfaction.



Points à améliorer

- Indicateur principal non atteint (part d'activité \geq 50 %) prévus pour toutes les équipes. Cet indicateur est à suivre dans la montée en charge
- Notion d'alerte au délégué à éclaircir
- Consentement des patients parfois difficile à obtenir mais, en raison d'un déficit en radiologue, l'examen par le MERM est maintenu

Pour faciliter l'analyse nous avons repris les indicateurs initialement prévus et intégré les données quantitatives et qualitatives fournies par les équipes et présenté en un tableau unique suivi d'une synthèse.(cf annexe 12 – tableau 12-1)

→ Résultats

Points positifs

Les résultats sont concordants avec les expérimentations Berland sur : la diminution des délais de rendez-vous et du temps de réponse à une alerte, le gain de temps médecin, sur les faibles taux d'EI, et les bons indicateurs de satisfaction.

Points à améliorer

La part d'activité n'atteint pas les 50 % prévus pour toutes les équipes. Cet indicateur est à suivre dans la montée en charge.

Pour certaines équipes, le concept d'alerte est confus : l'alerte est déclenchée par le délégué ayant des doutes sur les images à ne pas confondre avec la lecture par le délégué.

Les patients adhèrent largement mais le consentement est parfois impossible à obtenir ; l'examen par le MERM est cependant maintenu.

Le problème de la démographie des radiologues est persistant (diminution du nombre de délégués)

Par ailleurs et comme la plupart des professionnels de santé, les MERM souhaitent une plus grande reconnaissance de leurs compétences et une valorisation des revenus, et considèrent la dérogation comme une piste pour y arriver.

→ « Réalisation d'échocardiographie par un professionnel non médecin »

Ce protocole a été initié par une équipe de cardiologie de la région Rhône Alpes.

→ Présentation

Le protocole porte sur la réalisation de la partie technique de l'échocardiographie (mesures de taille et de surface des différentes cavités cardiaques, calcul des paramètres de fonction ventriculaire, étude hémodynamique Doppler) selon une standardisation précise des coupes échographiques à obtenir et des mesures à effectuer.

La réalisation de l'acte s'effectue sous le contrôle du cardiologue qui :

- valide les données acquises ;
- les complète si nécessaire avant le départ du patient, grâce à une intégration de ces données au contexte clinique du patient ;
- et fait l'interprétation finale de l'examen.

Aucune interprétation ni conclusion ne sont données par l'IDE.

Le cardiologue peut intervenir à tout moment de la réalisation de l'acte par l'IDE.

Les patients concernés sont bien identifiés. Il s'agit de patients justifiant d'une indication d'échographie cardiaque tant pour l'évaluation de la fonction myocardique systolique et diastolique que pour l'évaluation valvulaire :

- hospitalisés ;
- présentant une pathologie chronique et inclus dans des cohortes justifiant un suivi échographique (transplantés cardiaques patients porteurs d'HTA pulmonaire, insuffisants cardiaques porteurs de cardiopathies dilatées et ischémiques, IDM).

Sont exclus les patients présentant une instabilité clinique, en situation d'urgence, ou dans un contexte de diagnostic de novo.

→ Évaluation

Il est actuellement autorisé dans 7 régions mais mis en œuvre seulement dans deux régions (Bretagne et Lorraine), pour : 3 médecins, 3 IDE pour 1192 échographies (et 262 échoscopie au lit du patient)

La formation prévoyait un DIU de deux ans mais les IDE ne sont pas autorisé(e)s à s'inscrire en deuxième année. En 2014 un protocole est réécrit par une équipe en Aquitaine prévoyant une formation plus courte avec un compagnonnage plus étoffé mais en conservant les mêmes indicateurs de suivi. Il a eu un avis favorable HAS et doit remplacer le protocole de Rhône-Alpes.

Deux équipes éligibles à l'évaluation 2014 nous ont fourni leurs données. (cf annexe 12 – tableau 12-2)

Points positifs

Notons l'absence de signalement d'évènement indésirable.

Points à améliorer

Les files actives sont faibles et les professionnels impliqués sont peu nombreux.

Des précisions sur la formation manquent au bilan.

→ « **Réalisation d'échographies par les MERM validées par les médecins** »

→ **Présentation**

Le protocole concerne les activités programmées et, plus précisément, la réalisation d'échographie et écho doppler par le MERM, validée par le médecin radiologue ou un autre médecin habilité à réaliser les échographies.

→ **Évaluation**

Ce protocole est autorisé mais limité au CHU de Rouen. Il se développe sur 3 sites hospitaliers.

Les équipes nous ont transmis leurs données.

Nombre de patients inclus et par équipe dans les trois lieux :

Doppler H Charles Nicolle : 3503 patients en 2014 soit 86% du total des échographies.

Doppler BG : 1562 patients en 2014 23% mais une seule vacation par jour est réalisée par les délégués et les médecins vacataires ne souhaitent pas intégrer le protocole.

Échographie H Charles Nicolle : 242 patients en 2014 soit 3% du total, mais les examens sont très ciblés et la présence majoritaire de juniors non délégués limitent la délégation.

Au total 5307 patients sont inclus en imagerie au CHU de Rouen avec les limites exprimées au-dessus.

→ **Points positifs**

La qualification de l'équipe de manipulateurs par le DIU, la montée en charge de la responsabilisation des manipulatrices en salle, ont considérablement conforté la relation de confiance entre délégant et délégué.

À noter parmi les indicateurs recueillis l'absence d'EI et des taux de satisfaction excellents pour les patients et les délégants moins pour les délégués (dû au stress dans la gestion du flux patient Points à améliorer

La diminution des effectifs médicaux de l'établissement impacte défavorablement sur les

4 types de protocoles

- **Transfert de prescription médicale** : autorisé dans 10 régions, mis en œuvre dans 4 régions par 6 délégants et 11 délégués - données d'évaluation variables
- **Bilan visuel** : autorisé dans 9 régions et mis en œuvre dans 3 régions – évalué sur une seule – satisfaction des patients, peu de reprise mais système d'information à conforter
- **Prélèvement de cornée** : protocole porté par les professionnels du secteur qui le diffuse - autorisé dans 11 régions, mis en œuvre dans 5 régions et évaluable sur 3 régions par 5 médecins et 7 IDE pour 170 « patients » - résultats variables selon équipes – il existe un problème de turn-over des équipes
- **Dépistage de la rétinopathie diabétique** : autorisé dans 7 régions et évaluable en 2015

possibilités de développement de la coopération au doppler Charles Nicolle. Le nombre de médecins délégants a diminué passant de 21 en 2013 à 7 actuellement.

Le temps de formation des manipulateurs est long (au moins deux ans) et impacte les effectifs présents de plus en plus contraints par les mesures d'efficacité de l'établissement. Actuellement on compte 10 délégués et 7 délégants.

▶ **Filière d'ophtalmologie**

→ **Données générales**

Les délais d'accès aux consultations ont poussé les professionnels de la filière, ophtalmologistes et orthoptistes, à promouvoir plusieurs protocoles de coopération.

La HAS a instruit 12 protocoles suite à saisine de plusieurs ARS (cf annexe 13 - tableau 13-3).

Le Collège de la HAS a donné 8 avis favorables avec réserves (2 en 2011, 1 en 2012, 3 en 2013, 2 en 2015) et 4 avis défavorables (en 2012).

Sur les 8 protocoles, tous concernent les délégants ophtalmologistes versus les délégués orthoptistes mais deux protocoles concernent en plus des délégués IDE. Ces protocoles sont décrits en détail à l'annexe 13.

Les cinq ARS initiatrices suivies par douze autres ARS ont publié les arrêtés d'autorisation mais la mise en œuvre réelle a été ralentie d'un côté, par la nécessité d'assurer une formation en amont pour certains protocoles, et d'un autre côté, par l'absence de financement des actes d'orthoptie.

Actuellement sont engagés dans la mise en œuvre : 13 équipes représentant 41 orthoptistes (0,01% de l'ensemble de la profession) et 21 ophtalmologistes (0,004% de l'ensemble de la profession).

6 équipes sont éligibles à l'évaluation 2014.

Nous avons intégré dans cette partie ophtalmologique le protocole concernant les prélèvements de cornée.

→ « Transfert par l'ophtalmologiste de la prescription médicale des actes dispensés par l'orthoptiste »

→ Présentation

Il s'agit de confier la prescription à l'orthoptiste la mesure de l'acuité visuelle, la tonométrie à air, la mesure de la réfraction, la photographie couleur non mydriatique du fond d'œil, du champ visuel automatisé, de la vision des couleurs et de la réalisation de l'*Optical Coherence Tomography* (OCT). Les actes font partie du champ des compétences des orthoptistes. (cf annexe 13-1)

Ce protocole permet de libérer du temps médecin, de diminuer les délais de RDV, d'assurer la qualité et la sécurité du patient par la présence systématique de l'ophtalmologiste pouvant compléter le bilan pour les diabétiques par exemple, de valoriser les compétences de l'orthoptiste. Il n'est pas intégré à ce jour dans les avis du Collège des financeurs.

Il n'a pas été mis en œuvre dans la région initiatrice le Nord Pas de Calais faute de modèle économique financé. Le protocole autorisé par 10 autres régions a été mis en œuvre en Bretagne ; à la Réunion, en Poitou Charentes et PACA et éligibles à l'évaluation 2014.

→ Évaluation

L'évaluation 2014 a concerné 6 délégués et 11 délégués (sur les 4 régions)

Toutes les équipes n'ont pas transmis d'indication d'activité.

En Poitou-Charentes, 11 000 patients ont été suivis, soit 213 actes facturés pour la part orthoptiste

A la Réunion, il est indiqué une file active d'environ 40 patients/jour Sur la région PACA, 12 461 patients suivis dont environ 60% par l'orthoptiste.

→ **Deux protocoles concernant la : Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques - d'une part chez l'enfant de 6 à 15 ans et d'autre part, chez les adultes de 16 à 50 ans.**

🚧 **Points positifs**

- diminution des délais de prise en charge (baisse de 9 à 7 mois avec l'ophtalmologiste et délai moyen à 20,7 jours avec l'orthoptiste)
- satisfaction des patients / délai et / correction prescrite (moins de 2% de reprise)
- éclaircissement du rôle de chaque professionnel
- consommation de soin maîtrisée (augmentation des examens et baisse du nombre de consultations – peu de consultations supplémentaires)
- coordination renforcée des acteurs et « spécialisation » du médecin
- déploiement d'un système de planification des rendez-vous permettant d'optimiser l'utilisation des locaux

🚧 **Points à améliorer**

- évaluation sur une seule région
- système d'information insuffisamment adapté au suivi des indicateurs
- difficultés de montée en charge dues à la limite à 16-50 ans alors que la représentativité des plus de 50 ans va de 50 à 71% de la patientèle des cabinets d'ophtalmologie (CPAM Sarthe)

🚧 **Perspectives** concernant la qualité de l'évaluation selon les promoteurs

- paramétrer le système d'information pour sécuriser tous les interfaces, assurer le transfert exhaustif de toutes les informations nécessaires à la prise de décision des médecins dans un délai rapide et permettre la production des indicateurs HAS.
- Les évolutions ultérieures pourront porter sur l'évolution de l'âge d'inclusion des patients dans ce type de protocole de soins. Une extension à 60 ou 65 ans permettrait d'accroître considérablement les effets sur la réduction des délais d'attente des patients

→ **Présentation**

Le protocole concerne le bilan visuel, par l'orthoptiste, soit chez les adultes (16-50 ans) ou les enfants (6-15 ans), dans un cabinet dans lequel le médecin est également présent

Il s'agit de confier à l'orthoptiste :

- l'interrogatoire (éliminer les contre-indications à l'application du protocole)
- la réfraction sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale.
- le bilan des déséquilibres oculomoteurs sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale tel que stipulé dans l'article R. 4342-3 du CSP
- la prise de rétino-graphies avec un rétinographe non mydriatique (RNM) sans instillation de collyre mydriatique, sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale tel que stipulé dans l'article R. 4342-5 du CSP

Et, en plus pour le protocole adulte :

- mesure du tonus oculaire avec un tonomètre à air sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale et en l'absence d'un médecin ophtalmologiste en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement tel que stipule dans l'article R. 4342-8 du CSP

Le bilan de renouvellement/adaptation des corrections optiques réalisé par l'orthoptiste est transmis à l'ophtalmologiste qui, à distance (acte télémedecine), l'analyse et, dans les 8 jours, rédige l'ordonnance de renouvellement et l'envoie au patient ou lui donne un RDV dans les délais compatibles avec les anomalies constatées au bilan.

Le collège des financeurs s'est prononcé sur l'attribution d'un montant de 23 euros versés à l'ophtalmologiste pour la totalité de l'acte effectué par les deux professionnels

→ Évaluation

Les protocoles ont été mis en œuvre dans 3 régions : Pays de Loire (5 équipes), Bourgogne (1 délégrant et 1 délégué) et Midi-Pyrénées (4 délégrants et 3 délégués). D'autres ARS l'ont autorisé, mais sans mise en œuvre

Elle repose sur les résultats d'une seule équipe (Pays de Loire). Les protocoles seront évalués dans les 2 autres régions en 2015

Les données ont été extraites des documents transmis par l'ARS Pays de la Loire sous une forme destinée aux financeurs et non celle demandée par la HAS. Cette forme ne correspond pas à l'évaluation quantitative demandée par la HAS.

→ Points positifs

- Satisfaction des patients : « des patients satisfaits, des délais qui se réduisent nettement et un potentiel de développement encore inexploité »

Les patients sont satisfaits de la prise en charge et de l'organisation du fait de délais diminués

Le protocole montre des délais moyens de 20,7 jours pour les patients intégrés dans le protocole et une baisse des délais de la patientèle générale du délégrant de 9 mois à 7 ½ mois.

Ce délai moyen considéré comme plutôt élevé est à relativiser au vu de la satisfaction des patients. Ceux-ci plutôt actifs, ont choisi un créneau adapté à leurs besoins et à leurs contraintes.

91% des patients sont satisfaits de ces délais.

97% des patients sont satisfaits de la correction prescrite– chiffre corroboré voire amélioré par une étude (Levert-Moinard), qui révèle que 1,91% des patients ont sollicité une consultation complémentaire en raison d'une problématique d'acuité visuelle ou d'adaptation. Cela correspond au taux de reprise par le délégrant.

L'étude démontre également la satisfaction à l'égard de la qualité d'écoute des professionnels et à la compétence perçue.

Analyse du processus et de la satisfaction des acteurs : « une évolution des pratiques, un travail en équipe renforcé »

Les principaux points positifs portent sur :

- la définition claire du rôle et des responsabilités de chaque acteur au sein du dispositif,
- un système d'échanges entre professionnels qui permet de construire un référentiel de diagnostic partagé,
- un système de planification des rendez-vous qui permet d'optimiser l'utilisation des locaux et de ne pas générer de surcoût en investissement matériel,
- les points de contrôle interne et le rôle de la secrétaire dans le contrôle de l'information sont effectifs et adaptés.

L'analyse montre l'accroissement du rôle managérial du médecin et souligne la dimension clé de la coordination des acteurs. Le médecin devient de plus en plus un « spécialiste des cas complexes ». Les dimensions de coordination et de dynamique collective semblent renforcées.

Les orthoptistes s'estiment satisfaits des formations réalisées et du renforcement de leur rôle de soignant.

Les limites observées portent sur le système d'information qui n'a pas été programmé en amont pour assurer l'édition des indicateurs d'impacts attendus par la HAS ; l'adaptation a été faite a posteriori et progressivement.

Le point très positif se situe dans la capacité du dispositif mis en place de garantir la sécurité du parcours de santé des patients.

Chaque étape du processus a permis de détecter et de prévenir les événements techniques indésirables et de sécuriser les prises en charge.

Qualité et sécurité des prises en charge : « le maintien d'un haut niveau de sécurité dans les prises en charge et une détection précoce de pathologies lourdes »

Moins de 2% des patients ont eu un problème déclaré à distance.

Il s'agit de problème d'acuité visuelle ou de corrections voire d'adaptation qui ont nécessité une prise en charge médicale effectuée à la demande du patient.

Les ophtalmologistes ont quant à eux sollicité une consultation ou des examens complémentaires dans 2,1% des cas (taux d'alerte), effectués dans les jours qui ont suivi, afin de sécuriser leur prescription. Sur ce taux, une grande majorité de cas ont nécessité un complément après dilatation. Seulement 0,3% révèle un doute quant à la réalisation technique de la rétinographie.

Les orthoptistes ont quant à eux sollicité dans 0,8% des cas une consultation immédiate ou semi urgente (dans la semaine) en raison de problèmes de santé nouveaux voire de détection de potentielles pathologies lourdes.

Impacts sur l'activité des professionnels : « réelle effectivité du transfert d'activité – une consommation de soins maîtrisée »

L'analyse comparative menée par la CPAM de la Sarthe sur la période allant du 1er octobre 2013 au 31 mars 2014 confirme qu'après six mois d'expérimentation, des modifications sont constatées dans la nature de l'activité des médecins participants ; ce qui n'est pas le cas de leurs confrères dans des structures similaires. Ainsi, chez le délégant, la part des examens de la vision (qui intègrent les patients du protocole) a augmenté de 10 points alors que dans le même temps celle des consultations diminuait d'autant. Au final, l'activité globale est restée stable entre deux périodes comparables (2012- 2013 versus 2013-2014).

Les taux de consultation supplémentaire des patients restent faibles depuis la mise en place du protocole et n'évoluent pratiquement pas sur deux périodes comparables avec et sans protocole.

Nous pouvons en conclure que la consommation de soins des patients n'est pas impactée et que cet élément conforte l'évaluation de la qualité effectuée à partir des données issues du cabinet et de l'étude externe de satisfaction des patients.

Il convient de mettre en évidence les impacts liés au profil des patients pris en charge par les praticiens. Ainsi l'autre délégant, a d'une part une activité chirurgicale et d'autre part prend en charge un taux de patients de + de 65 ans plus important.

Les difficultés de montée en charge du protocole limité à âge d'inclusion contraint par l'intervalle 16-50 ans s'expliquent notamment par sa plus faible représentativité dans les cabinets d'ophtalmologie (les plus de 50 ans représentent de 49 à 71% de la « patientèle » des groupes d'ophtalmologistes étudiés (source CPAM de la Sarthe).

→ **Points à améliorer**

- Un système d'information insuffisamment adapté au suivi des indicateurs
- Chaque étape du processus a permis de détecter et de prévenir les événements techniques indésirables et de sécuriser les prises en charge

→ **Le dépistage de la rétinopathie diabétique**

La prescription d'actes d'orthoptie : mesure de l'auto réfractomètre, tonomètre à air pulsé sans contact, bilan orthoptique moteur et sensoriel, réfraction subjective et objective, kératométrie, prise de photos couleurs non mydriatiques du fond d'œil, examen par OCT des fibres visuelles et de l'épaisseur maculaire, champ visuel manuel, champ visuel automatisé de la vision des couleurs.

Ce protocole a été autorisé dans 7 régions, et sera éligible à l'évaluation 2015

Il a pour objectifs de :

- Libérer du temps médical
- Diminuer les délais de rendez-vous
- Assurer la qualité et la sécurité du patient par la présence systématique de l'ophtalmologiste pouvant compléter le bilan pour les diabétiques, par exemple
- Valoriser les compétences de l'orthoptiste

→ **Prélèvements de cornée dans le cadre de prélèvements de tissus et / ou de prélèvements multi organes sur personnes décédées.**

→ **Présentation**

La dérogation porte sur le geste de prélèvement de cornées et de la ponction sanguine pour la qualification sérologique des greffons à un(e) IDE de coordination hospitalière, ou un(e) IBODE, ou un(e) IDE d'ophtalmologie. Ceci permettrait :

- d'augmenter le nombre de prélèvements de cornées
- d'améliorer la qualité des cornées prélevées par diminution du délai entre le décès et le prélèvement

Et *in fine* d'accroître le nombre de cornées « greffables ».

Dans ce protocole, il ne s'agit pas d'apprécier la qualité des soins aux patients, mais la qualité des greffons.

Les indicateurs sont spécifiques et ne correspondent pas aux indicateurs génériques. À noter l'indicateur phare celui du taux de validation des greffons par les banques de greffes.

Par ailleurs des difficultés surviennent quand les équipes se renouvellent par exemple le départ à la retraite du délégant ou le changement de service des délégués imposant la formation des nouveaux délégués.

Les objectifs initiaux sont atteints sauf pour une équipe qui a eu des difficultés de coordination

→ **Évaluation**

C'est un protocole qui est porté par les professionnels du secteur et qu'ils diffusent largement

Ce protocole a été autorisé dans la région d'origine (Bourgogne) en février 2013. Il a, depuis, été autorisé dans 11 régions, mis en œuvre dans 5 régions. Il est éligible à l'évaluation 2014 sur dans 3 régions : PACA, Bourgogne et Bretagne. (cf annexe 13 – tableau 13-2)

Les données fournies sont très complètes, personnalisées par préleveurs, basées sur des indicateurs spécifiques. Les 3 ARS concernées par l'évaluation ont transmis les résultats de 5 délégués et 7 délégués pour 170 patients.

→ **Points positifs**

Il existe une forte dynamique des promoteurs et des professionnels spécialistes du domaine
À noter une bonne circulation de l'information entre eux, favorisant le déploiement du protocole

→ **Points à améliorer**

Il existe un fort turn-over des équipes, nécessitant un temps de formation pour les nouveaux délégués

Il ne s'agit pas d'un réel point négatif mais cette activité nécessite une bonne coordination entre les professionnels

3.3 Protocoles mis en œuvre dans une seule région

▶ **« Prise en charge des patients atteints d'hépatite chronique C dans le cadre d'une consultation infirmière ».**

Ce protocole a eu un avis favorable en restreignant son application à l'hôpital de Montélimar.

In fine, très peu de patients (moins de 5) sont inclus. Aucun incident notable n'a été signalé, mais le départ à la retraite du promoteur a provoqué l'arrêt du protocole.

Ceci montre la fragilité d'un tel dispositif, basé sur une personne et non sur une catégorie professionnelle.

▶ **Réalisation de ponction médullaire en crête iliaque postérieure à visée diagnostique par une infirmière en lieu et place du médecin**

Ce protocole est uniquement mis en œuvre en PACA, par 16 délégués et 5 délégués

Depuis le début de mise en œuvre jusqu'en avril 2014, 750 patients y ont été inclus

La majorité des EI concernent la qualité des prélèvements et l'impossibilité d'interprétation. Evalué à 7 % ils correspondent au taux lorsque la ponction est réalisée par les médecins.

→ **Les points positifs :**

Excellente montée en charge des ponctions réalisées par les IDE avec satisfaction de l'ensemble de l'équipe assorti d'un gain de temps médical.

On ne note qu'un seul refus du patient et un taux de 98% de patients satisfaits.

→ **Les difficultés rencontrées :**

Questionnement des médecins sur la « perte » de compétence du « geste » s'il est effectué uniquement par les IDE.

▶ **Réalisation de bilan urodynamique par une infirmière experte en lieu et place d'un médecin**

Il est mis en œuvre en Haute Normandie par 10 délégués et 3 délégués,

Ce protocole avait fait l'objet d'une évaluation en 2013

Le nombre de patients inclus a augmenté depuis 2012.

Á contrario, le délai moyen de réalisation a baissé entre 2012 et 2014.

Le taux d'actes délégués est de 72% / nombre d'actes prescrits

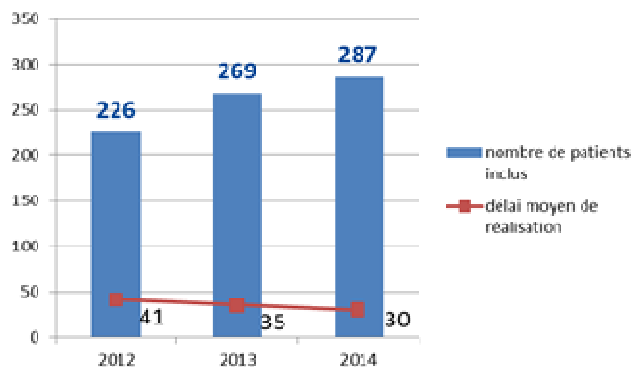


Figure 11 - Bilan dynamique - nombre de patients inclus et délai moyen de réalisation

→ **Les points positifs :**

Aucun évènement indésirable n'est signalé en 2014.

→ **Les difficultés rencontrées :**

Les professionnels ont fait remonter une difficulté dans la réalisation de l'examen due à l'augmentation du nombre de patients dépendants et/ ou avec une capacité cognitive altérée.

▶ **Consultation infirmière de suivi des patients traités par anticancéreux oraux à domicile.**

→ **Présentation**

Il s'agit d'un protocole, mis en œuvre à l'hôpital St Antoine, par 7 délégués et 4 délégués.

La dérogation repose essentiellement sur l'activité de prescription d'examens et certaines thérapeutiques

Elle concerne :

- La prescription d'examens biologiques et radiologiques en fonction de protocoles validés
- La décision d'orientation du patient.
- La prescription de certains médicaments à but symptomatique (la prescription de médicaments ne concerne pas les anticancéreux eux-mêmes) : antiémétiques ; anxiolytiques ; antibiotiques de la classe des cyclines, anti diarrhéiques, topiques cutanés.
- La décision de renouvellement de la chimiothérapie orale selon la recommandation du protocole spécifique validé.

→ **Évaluation**

L'évaluation a porté sur la période du 4 novembre 2013 au 30 septembre 2014

97% des patients éligibles ont été suivis par les délégué(e)s

93 patients ont été pris en charge sur 1435 contacts avec le ou les délégués

→ **Points positifs**

Globalement, les objectifs fixés, sont atteints

Pas d'EI signalé.

Les professionnels et les patients sont satisfaits quand ils répondent au questionnaire. *Ce taux de répondants est à renseigner.*

Un délai de rendez-vous correspondant à l'objectif à savoir inférieur à 48 heures.

→ **Points à améliorer ou difficultés**

On note un taux brut d'alertes à 37,5%, dont la moitié d'alertes pertinentes.

Le taux de reprises est de 24%.

▶ **Diagnostic d'une lymphocèle, indication et réalisation de sa ponction chez les patientes en post opératoire d'une chirurgie mammaire curative et/ou reconstructrice**

Le protocole est autorisé et, *a priori*, mis en œuvre en Pays de la Loire

Aucun dossier d'évaluation n'est parvenu à la HAS malgré 3 relances.

4. DISCUSSION

4.1 Des constats

► Concernant les modalités de l'évaluation

Il persiste une hétérogénéité des retours de données malgré une demande HAS d'utiliser des tableaux génériques.

Les données chiffrées brutes sont insuffisantes pour comprendre l'intérêt des professionnels et analyser le contexte réel du protocole et notamment les difficultés du terrain liées parfois aux départs des professionnels.

Il est essentiel de disposer de données qualitatives en complément des données quantitatives.

Il est essentiel de comparer les mises en œuvre de protocoles identiques par différentes équipes.

► Concernant les résultats

Les effectifs de professionnels adhérents sont faibles hormis l'implantation des équipes d'ASALEE qui a une antériorité d'une dizaine d'années.

Les risques inhérents à la réalisation par le délégué des actes ou activités paraissent maîtrisés dans tous les protocoles évalués.

Mettre en œuvre un protocole qui a été pensé et construit par une équipe promotrice et le reproduire à l'identique n'est pas un exercice facile. De fait des variations peuvent exister (certains indicateurs, mode de suivi informatique, recueil des données) sans modifier la qualité des actes ou activités dérogatoires.

Il existe une réticence des médecins radiologues vacataires et des internes à adhérer à la délégation d'actes.

Des protocoles sont arrêtés ou ralentis par des problèmes de ressources humaines locales : démission, retraite ou décès.

Des protocoles qui s'étendent « naturellement » sans que la HAS n'ait prononcé d'extension nationale basée sur une évaluation. Le fait que les professionnels puissent s'approprier facilement la nouvelle répartition des activités professionnelle est déterminante pour une large diffusion d'un protocole de coopération.

Le durée de formation est parfois longue, mal circonscrite aux seuls actes dérogatoires et parfois non conçue avec les professionnels de la formation.

Des améliorations sont à concevoir :

- mieux définir les indicateurs au regard des objectifs fixés, afin d'éviter les interprétations individuelles,
- coté HAS optimiser les définitions des EI et des alertes et coté promoteurs. le taux des répondants pour l'évaluation de la satisfaction, alertes pertinentes plutôt que non pertinentes et précaution pour l'interprétation des indicateurs de résultats.

4.2. Des points forts

Ils apparaissent au regard de l'évaluation des protocoles ayant une extension naturelle :

- Certains protocoles, bien qu'évalués sur un faible nombre d'équipes (3), correspondent aux facteurs de généralisation proposés. Sur les 13 protocoles mis en œuvre et évalués,

4 d'entre eux correspondent à des critères pouvant permettre une extension après avoir été définis et confortés.

- L'existence d'un besoin réel des patients et des professionnels non lié à un territoire limité (*exemple du bilan ophtalmique avec des délais d'attente de consultation trop longs ou les besoins des radiologues dont le nombre diminue, besoin en temps dédié à l'ETP*)
- Un portage et une coordination mutualisé par des professionnels (*ex : implication de l'Agence de biomédecine dans la sécurisation du protocole relatif aux prélèvements de cornées et implication forte du promoteur et coordination des équipes à l'échelon national*) ou par des représentations professionnelles (*exemple : Conseil National d'ophtalmologie, G4 des radiologues*)
- Des formations des délégués reproductibles et homogènes sur le territoire) (*ex : MERM, orthoptistes,...*),
- Des files actives conséquentes, l'atteinte d'une masse critique suffisante (en termes de
- nombre de professionnels impliqués (*ex : + de 10 IDE dans la région pour le protocole ASALEE*),
- Un système d'information partagé entre professionnels et équipes avec centralisation des données (*exemple d'ASALEE*),
- La qualité et l'exhaustivité des résultats de l'évaluation en particulier des indicateurs.



Liste de points forts observés, au regard de l'évaluation des protocoles déployés sur plusieurs régions

✚ Existence d'un besoin réel non lié à un territoire limité

- pour les patients
 - Prévalence, (ex : SUIVI DE PATIENTS DIABÉTIQUES (TYPE 2) VIA SMARTPHONE)
 - Accès aux soins : délais, ... (ex : bilan ophtalmique) ...
- pour les professionnels : reconnaissance, baisse de la démographie,... (ex : MER, démographie de spécialistes (radiologues) en baisse)

✚ Promotion et/ou Coordination mutualisée(s)

Promotion du protocole auprès d'autres équipes Et/ou Coordination de la mise en œuvre

- par des professionnels (ex : implication de l'Agence de biomédecine dans la sécurisation du protocole relatif aux prélèvements de cornées et implication forte du promoteur et coordination des équipes à l'échelon national)
- par des organismes (ex : association ASALEE) ou des représentations professionnelles (exemple : Conseil National d'ophtalmologie, G4)

✚ Conditions de mise en œuvre reproductibles : il s'agit de critères du protocole

- Formation du délégué (homogène sur le territoire) (ex : MER, orthoptistes,...)
- file active avec atteinte d'une masse critique suffisante en termes de patients pris en charge
- organisation reproductible de la prise en charge (non personne-dépendante)
- système d'information informatisé et partagé entre délégué et déléguant
- Atteinte d'une masse critique suffisante en termes de nombre de professionnels impliqués (ex : + de 10 IDE dans la région pour le protocole ASALEE)
- ...

✚ Système d'information partagé entre professionnels, voire Centralisation des données sur le territoire (ex : SUIVI DE PATIENTS DIABÉTIQUES (TYPE 2) VIA SMARTPHONE ou ASALEE)

✚ Partage dynamique et volontaire entre ARS (ex : prélèvement de cornées, ASALEE,..) – critère important mais non obligatoire si les professionnels s'emparent du sujet

✚ Mise à disposition de données de qualité et l'exhaustivité pour l'évaluation quantitative et qualitative à un an de mise en œuvre.

4.3. Des points à améliorer

On peut s'interroger sur l'efficacité du dispositif au regard des évaluations de certains protocoles qui cumulent un faible nombre d'adhérents, une extension inexistante en raison de la lourdeur de la construction et du suivi.

Des contacts directs avec le terrain nous indiquent d'une part que des protocoles de dérogation sont présentés pour légaliser des actes dérogatoires déjà pratiqués et d'autre part, que des équipes pratiquent les actes dérogatoires autorisés officiellement mais sans pour autant déclarer des adhésions aux ARS vu la lourdeur de la procédure.

Un certain nombre de difficultés ne permettent pas un large déploiement du dispositif :

- L'absence de financement qui empêche des mises en œuvre (en particulier dans la filière ophtalmologique).
- La rigidité du dispositif réglementaire qui a priori ne permet pas d'adaptation souple possible des indicateurs en fonction de conditions locales différentes.
- Les mises en œuvre des protocoles sont trop dépendants des ressources humaines et sont fragilisés en cas d'évènement (retraite, décès) ou par les délais de formations des délégués.
- Des difficultés pour des petites équipes d'assurer un suivi des indicateurs au fil de l'eau sans en saisir l'intérêt.
- Certaines étapes entre l'élaboration d'un protocole et le recueil des premiers résultats d'évaluation sont intangibles : instruction, puis avis, au niveau de la HAS, reposant sur les éléments de qualité et sécurité de la nouvelle prise en charge, levée des réserves puis autorisation par l'ARS, formation des délégués, adhésions des professionnels.

De ce fait, le délai avant de pouvoir évaluer la mise en œuvre d'un protocole, est long.

- Les premières mises en œuvre datent de 2013 (sauf une mise en œuvre en décembre 2012) et n'ont pas permis, jusqu'à maintenant, d'en évaluer l'impact.
- Si le dispositif a permis d'autoriser certaines pratiques, les professionnels rapportent que des équipes, pratiquent des actes dérogatoires autorisés, sans pour autant adhérer au protocole, voire pratiquent des actes non autorisés, vu la lourdeur du dispositif.
- l'évaluation du dispositif montre la nécessité pour les professionnels de pouvoir disposer d'outils permettant le suivi des indicateurs, de façon régulière.
- la loi permet aux ARS d'autoriser et mettre en œuvre des protocoles déjà autorisés (pas forcément mis en œuvre dans la région d'origine), en appliquant les mêmes conditions (*de formation supervision, gestion des risques, etc.*), y compris pour les indicateurs de suivi, proposés par la HAS.
- Cependant, si les définitions sont identiques, les résultats peuvent être différents d'une équipe à une autre. Il n'est donc pas possible d'effectuer des comparaisons entre équipes. Seule une coordination centralisée peut permettre une homogénéisation et une analyse plus aisée du suivi des protocoles, (ex : *ASALEE*).
- Certains résultats ne sont pas précis et ne permettent pas d'évaluer la mise en œuvre
- La formation des délégués n'est pas toujours circonscrite au seul périmètre dérogatoire et demande, en général, à être mieux définie.
- Il est parfois difficile de valoriser l'impact du protocole au regard de l'atteinte des objectifs spécifiques et l'amélioration de l'accès aux soins des patients (file active patients)

Le guide méthodologique publié en 2010 proposait une grille de critères d'extension d'un protocole de coopération (voir annexe 15)

Une telle extension, prononcée par la HAS pourrait permettre d'intégrer les actes ou activités dans la formation initiale et continue, sous réserve de la modification préalable de la réglementation définissant les actes professionnels. La dérogation prenant fin avec cette intégration dans la formation.

Les termes de cette grille à la lumière des analyses des évaluations et de la réalité des mises en œuvre sur le terrain méritent d'être adaptés en utilisant les points forts décrits plus haut :

- existence d'un besoin réel des patients et des professionnels non lié à un territoire limité
- portage et coordination mutualisés par des organisations professionnelles
- formation des délégués reproductibles et homogènes sur le territoire
- files actives patients suffisantes, et définition d'une masse critique suffisante (en termes de nombre de professionnels impliqués)
- système d'information partagé entre professionnels et équipes

- mise à disposition de données de qualité et exhaustivité pour l'évaluation quantitative et qualitative de la mise en œuvre.

Ces critères pourraient être précisés et analysés avec les professionnels et les parties prenantes avant l'avis de la HAS sur les protocoles éligibles à une extension.

PARTIE 3 - CONCLUSION

L'application de l'article 51 de la loi HPST a démontré son utilité pour certaines pratiques favorisant la délégation de tâches en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge coordonnées des patients

Toutefois, après quatre années de mise en œuvre, le bilan est mitigé. Après une forte montée en charge en 2012, les demandes d'avis ont baissé de façon significative.

Globalement les protocoles de coopération ont du mal à s'implanter dans le paysage sanitaire.

Le dispositif reste lourd et chronophage, ce qui ne permet pas aux professionnels, de s'en approprier facilement

- Les protocoles en médecine de ville ne sont pas financés. Seuls le protocole ASALEE et le bilan visuel par un orthoptiste a eu un avis de financement du collège des financeurs
- Les délais réels d'instruction (analyse du protocole et temps d'expertise) ne sont pas conciliables avec l'arrêté du 31 décembre 2009 ; un délai de 8 mois serait plus approprié.
- Le dispositif a mis en exergue un certain nombre de points d'attention, telles que la formation des professionnels, notamment pour des prises en charge complexes, et les conditions d'exercice. Le projet de loi de santé apporte une réponse partielle, en intégrant, à l'article 30, la notion d'exercice en pratique avancée, qui pourrait permettre des prises en charge complexes par des professionnels paramédicaux.
- L'évolution ou la modification des décrets d'actes pourrait répondre à l'évolution des techniques de soins.

L'année permet d'évaluer qualitativement les premiers protocoles mis en œuvre.

L'évaluation a porté sur 13 protocoles différents, dont huit protocoles sont peu mis en œuvre hors de leur région d'origine. Trois protocoles démontrent leur intérêt par un déploiement sur plus de cinq régions.

L'appropriation du dispositif par les professionnels pour répondre à leur besoin repose sur une reproductibilité et applicabilité des éléments, garants de la qualité et la sécurité de la prise en charge, tels que proposés par la HAS.

Le dispositif permet, sous condition d'être allégé, de faire évoluer certaines organisations professionnelles et ainsi apporter une réponse à la complexité des parcours.

En août 2014, le dispositif a intégré, par le décret n°204-919 du 18 août 2014, l'installation, d'un collège de financeurs, qui se prononce sur un modèle économique des protocoles, à pérenniser, pour la plupart, en médecine de ville, et a permis le déploiement de la filière ophtalmique et du protocole ASALEE.

Au total, plusieurs pistes peuvent être envisagées afin de répondre aux besoins d'évolution des prises en charge des patients, des pratiques professionnelles et des contours métiers.

Le projet de loi de santé apporte une réponse partielle, en intégrant, à l'article 30, la notion d'exercice en pratique avancée (en cancérologie tel qu'annoncé dans le plan cancer III). Par contre, il ne permet pas, conformément à la feuille de route de la stratégie nationale de santé, de faire évoluer le cadre juridique des protocoles, défini par l'article 51 de la loi HPST, en réorientant le dispositif au profit de protocoles nationaux fondés sur des cahiers des charges.

Dans cette optique, un travail pourrait être envisagé afin d'identifier les sujets nationaux avec la collaboration des professionnels concernés, et définir un cadre commun sur la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient.

Concernant l'acquisition de nouvelles techniques, non prévues au décret d'acte, par les infirmières, c'est l'évolution vers un décret de compétences, permettant d'autoriser certaines de

ces pratiques, sous certaines conditions, et sous la responsabilité médicale, sans passer par un dispositif article 51, qui permettrait d'y répondre.

ANNEXES

PARTIE 1

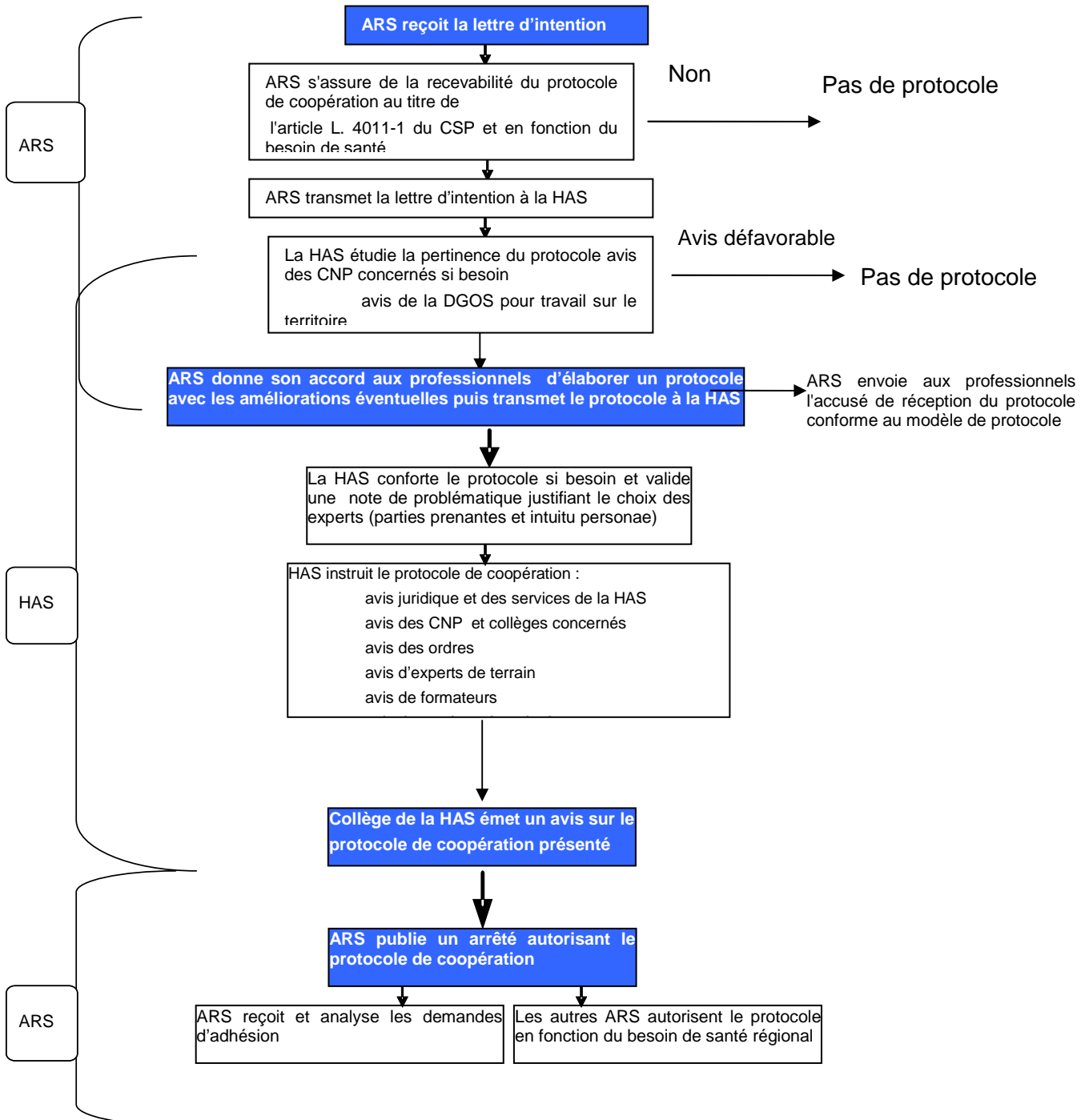
- Annexe 1.** Étapes clés de la procédure d'autorisation d'un protocole de coopération
- Annexe 2.** Schéma d'évaluation du dispositif
- Annexe 3.** Protocoles autorisés - définition des thématiques et protocoles concernés
- Annexe 4.** Liste des protocoles de coopération (mise à jour au 28/02/2015)
- Annexe 5.** Fiche pédagogique Télémédecine – art. 51 HPST – GT 33
- Annexe 6.** LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 relative au collège des financeurs

PARTIE 2

- Annexe 7 -** Tableau 1 bilan d'étape
- Annexe 8 -** Base complète
- Annexe 9 -** Protocoles éligibles 2014 et 2015
- Annexe 10 -** Protocoles éligibles 2014
- Annexe 11 -** ASALEE
- Annexe 12 –** Protocoles concernant l'échographie
- Annexe 13 -** Filière ophtalmique
- Annexe 14 -** Protocole mis en œuvre dans une seule région
- Annexe 15 -** Critère d'extension d'un protocole de coopération

ANNEXE 1. Étapes clés de la procédure d'autorisation

ETAPES CLES DE LA PROCEDURE D'AUTORISATION D'UN PROTOCOLE DE COOPERATION



ANNEXE 2. Schéma d'évaluation

Le schéma d'évaluation (hors évaluation médico-économique)

Les deux premières années civiles.

Chaque équipe ayant écrit un protocole élabore une grille de recueil des données et propose les questionnaires de satisfaction des patients et des professionnels afin de faciliter et d'harmoniser le recueil des données.

À la fin de chaque année civile, au plus tard le 30 janvier de l'année suivante, les équipes qui ont adhéré à un protocole transmettent à l'ARS les données recueillies. L'ARS s'assure de la qualité et de l'exhaustivité de ces données.

Par ailleurs, tout au long de l'année, ces équipes signalent à l'ARS les événements indésirables et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du protocole.

L'ARS complète, le cas échéant, ces données à l'occasion de visites sur site ou de réunions régionales regroupant les responsables de ces équipes, voir d'autres acteurs (URPS, ordres professionnels...). Sur cette base, elle rédige pour chaque protocole un bilan annuel de suivi qui comprend les informations suivantes :

Nombre d'équipes ayant adhéré au protocole

Caractéristiques des lieux de mise en œuvre du protocole : type d'équipe, composition, file active concernant la situation ciblée par le protocole, spécificités...

Nombre de professionnels ayant adhéré au protocole (global et par équipe).

Dates de ces adhésions

Nombre de patients inclus dans le protocole (global et par équipe).

Description des EIG signalées et du résultat de la démarche de gestion des risques entreprise comprenant l'analyse des causes et les mesures de récupération ou de prévention prises (par équipe).

Description des difficultés rencontrées et des éventuelles mesures prises pour les surmonter.

Résultats de indicateurs de suivi tels que prévus dans le protocole (global et par équipe).

Analyse de ces résultats, notamment lorsqu'ils dépassent les valeurs seuils identifiées et, sur cette base, description d'éventuelles mesures prises ou à envisager pour garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'atteinte des objectifs fixés.

L'ARS complète ces bilans par un état des lieux des protocoles en cours d'élaboration dans la région et les adresse au plus tard le 30 mars à la HAS.

La HAS, quant à elle, rédige un bilan de suivi de chaque protocole au plus tard à l'issue de la deuxième année civile des premières adhésions. Il repose sur :

La consolidation des données transmises par les ARS.

L'avis d'experts et de parties-prenantes sollicités sur la qualité et la sécurité des prises en charge mais aussi sur l'opportunité et les conditions d'une extension du protocole. Pour cela, une réunion sera organisée avec les parties-prenantes, des experts, des responsables d'équipes ayant adhéré au protocole, des ARS, la DGOS et la DSS afin de de confronter les différents avis.

Ce bilan, validé par le collège de la HAS, pourra proposer :

la poursuite du suivi du protocole et de nouvelles modalités (indicateurs, fréquence, EIG à cibler...); des modifications du protocole (modifications au processus de prise en charge des patients, nouvelles conditions de mise en œuvre, notamment en termes de formation et de compétences requises ...); l'extension du protocole (inscription dans la nomenclature, création d'un métier intermédiaire...); la fin de l'autorisation d'un protocole dans une ou plusieurs régions, voir dans toutes les régions.

Au cours des années suivantes

Le suivi de chaque protocole sera organisé selon les préconisations du premier bilan de la HAS.

Plusieurs cas de figure pourront se présenter en fonction du nombre d'équipes et de patients concernés par la première évaluation :

Poursuite du suivi selon les modalités prévues initialement, notamment si le nombre d'équipes / de patients est insuffisant pour conclure. Dans ce cas, une nouvelle analyse est envisagée selon un calendrier et des modalités proposés lors de la première analyse.

Mise en place d'un suivi allégé, soit uniquement pour les équipes incluses dans l'analyse initiale, soit d'emblée pour toutes les équipes. Pour autant, une nouvelle analyse pourra être envisagée selon un calendrier et des modalités proposés lors de la première évaluation.

ANNEXE 3. Protocoles autorisés classés par thématiques

Les protocoles reçus ont été classés par thématique de manière empirique, afin d'en faciliter l'analyse et en fonction du nombre de protocoles concernés, facilitant ainsi la gestion des saisines

Tous les protocoles n'ont pas été autorisés, ni mis en œuvre, au 31 décembre 2014. Les thématiques retenues correspondent à certaines des thématiques identifiées. Les protocoles peu autorisés et non mis en œuvre sont classés dans la catégorie « autre »

Les grandes thématiques qui se dégagent :

Addictologie : PC 015 Consultation infirmière de pré admission pour décision d'hospitalisation en cure de sevrage physique en unité d'addictologie

ASALEE : PC 010 "ASALEE" : un travail en équipe infirmières ou infirmiers délégués à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des "professionnels de santé" sur le territoire concerné

SUIVI DE PATIENTS DIABÉTIQUES (TYPE 2) VIA SMARTPHONE PC 033 - Suivi de patients diabétiques traités par insuline munis d'un carnet glycémique électronique et surveillés par télémédecine avec prescriptions et soins par l'infirmier en lieu et place du médecin

DIABETE-ENDOCRINOLOGIE PC 037 "Prise en charge par l'infirmier des diabétiques insulino-traités par pompe à insuline externe selon un Plan d'Education Personnalisé

Électronique (ePEP) avec prescriptions et soins de premier recours en lieu et place du médecin"

Du fait d'une étude à grande échelle pour le protocole SUIVI DE PATIENTS DIABÉTIQUES (TYPE 2) VIA SMARTPHONE (autorisé par 10 régions – mis en œuvre dans 10 régions par 171 professionnels (évaluation 2014)), les 2 protocoles ont été séparés pour l'analyse des autorisations et mises en œuvre

ÉCHOGRAPHIE RADIOLOGIE : PC 006, PC 013, PC 016, PC 023, PC 058, PC 078

OPHTALMOLOGIE : PC 002 Dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique: un travail pluridisciplinaire qui améliore la prise en charge du patient diabétique en zone sous-médicalisée, PC 020 Protocole de coopération entre ophtalmologiste et orthoptiste : transfert par l'ophtalmologiste de la prescription médicale des actes dispensés par l'orthoptiste, PC 051 Réalisation de photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique par un(e) orthoptiste et/ou un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un ophtalmologiste conformément à l'article L.4011-2 du code de la santé publique., PC 052 Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans, PC 053 Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans

PRELEVEMENT DE CORNEES : PC 043 - Prélèvements de cornées dans le cadre de prélèvements de tissus et / ou de prélèvements multi organes sur personnes décédées

FIBROSCAN : PC 044 - Mesure de l'élastométrie du foie avec l'appareil de mesure Fibroscan en lieu et place d'un médecin

VACCINATION MALADIES INFECTIEUSES : PC 021 Prescription et réalisation de vaccinations et de sérologies, remise de résultats de sérologie, par un infirmier en lieu et place d'un médecin, PC 048 Consultation, décision et prescription de vaccination pour les usagers par un(e)Infirmier(e) en lieu et place d'un médecin, PC 065 Consultation infirmier(e) en médecine du voyage pour le conseil, la vaccination, la prescription de médicaments à titre préventif, la prescription et l'interprétation de sérologies à visée vaccinale, la prescription de vaccins

UROLOGIE : PC 005 Réalisation de Bilan Urodynamique (BUD) par une infirmière experte en urologie en lieu et place d'un médecin

AUTRES

PC 001, PC 003, PC 004, PC 008, PC 009, PC 014, PC 024, PC 032, PC 046, PC 047, PC 050, PC 057.

ANNEXE 4. Les protocoles de coopération (mise à jour au 28 février 2015)

Les protocoles approuvés par la HAS (avis favorables avec réserves) depuis 2009					
	Thème	Actes dérogatoires	Professionnels impliqués	ARS concernées	Observations Voir avec DGOS mise à jour des protocoles autorisés par les ARS
Hôpital de Montélimar	Prise en charge des patients atteints d'hépatite chronique C dans le cadre d'une consultation IDE		Gastroentérologue / infirmier	Rhône-Alpes	
Région Bourgogne	Dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique.		Ophthalmologiste / Orthoptiste	Bourgogne	
La Baule Nantes La Roche sur Yon	Prise en charge du patient hémodialysé par l'infirmier diplômé d'Etat (IDE) dans le cadre de la coopération entre professionnel de santé en unité de dialyse médicalisée (UDM)		Néphrologue / Infirmier	Pays de Loire	
Institut Paoli Calmette	Réalisation de ponction médullaire en crête iliaque postérieure à visée diagnostique ou thérapeutique par une Infirmière en lieu et place d'un médecin.		Hématologue / Infirmier	PACA	
CHU de Rouen	Réalisation de bilan urodynamique par une infirmière				

	experte en lieu et place d'un médecin		Urologue / Infirmier	Haute-Normandie	
CHU de Rouen	Protocole de coopération professionnelle concernant la réalisation d'actes d'échographies par les MERM (délégués) validée par les médecins (délégants)		Radiologie/MERM	Haute-Normandie	
Région Martinique	Protocole de coopération entre d'une part les orthoptistes et les infirmières (délégué) et d'autre part les ophtalmologistes exerçant en mode libéral (délégants) pour la mise en place d'une consultation de dépistage de la rétinopathie diabétique via télésurveillance.		Ophtalmologiste / Orthoptiste	Martinique	
Hôpital Saint-Antoine	Consultation infirmière de suivi des patients traités par anticancéreux oraux à domicile" Délégation médicale d'activité de prescription.		Oncologue/Infirmier	Ile-de-France	
Hôpital Cochin	Consultation infirmière pour le suivi semestriel des patients à risques élevés de mélanome entre deux consultations du dermatologue.		Dermatologue / Infirmier	Ile de France	

<p>Cabinet médical de Châtillon-sur-Thouet, dans les Deux-Sèvres (79)</p>	<p>"ASALEE" : un travail en équipe infirmières ou infirmiers délégués à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des "professionnels de santé" sur le territoire concerné.</p>		<p>Médecin/Infirmier</p>	<p>Poitou-Charentes</p>	
<p>CHU Strasbourg</p>	<p>Enregistrement et pré interprétation en vue du dépistage de l'échographie anormale, des paramètres écho cardiographiques transthoraciques par une IDE en lieu et place d'un médecin cardiologue avant interprétation médicale définitive.</p>		<p>Cardiologue/infirmier</p>	<p>Alsace</p>	
<p>CLCC Gauducheau</p>	<p>Diagnostic d'une lymphocèle, indication et réalisation de sa ponction chez les patients en post-opératoire d'une chirurgie mammaire curative et/ou reconstructrice.</p>		<p>Oncologue/Infirmier</p>	<p>Pays de Loire</p>	
<p>CH D'ANCENIS</p>	<p>Consultation infirmière de pré admission pour décision d'hospitalisation en</p>				

	cure de sevrage physique en unité d'addictologie		Médecin/Infirmier	Pays de Loire	
CHR thionville Metz CHU Nancy	Protocole de coopération autorisé entre médecins radiologues ou nucléaires et manipulateurs d'électroradiologie médicale (ERM) formés à l'échographie, exerçant au minimum 50 % de leur temps de travail dans ce domaine.		Radiologue/MERM	Lorraine	
Cabinet libéral individuel	Protocole de coopération entre ophtalmologiste et orthoptiste : transfert par l'ophtalmologiste de la prescription médicale des actes dispensés par l'orthoptiste.		Ophtalmologiste/Orthoptiste	Nord-Pas-de-Calais	
Centre de prévention et de santé d'Etampes	Réalisation d'actes dérogatoires : vaccinations, sérologies, remise des résultats au cours d'une consultation infirmière de prévention (CIPE)		Médecin/Infirmier	Ile de France	

CHU de Lyon Louis Pradel	Réalisation d'échocardiographie par un professionnel non médecin.		Cardiologue/Infirmier	Rhône-Alpes	
G/pe Hospitalier Pitié Salpêtrière	Consultation infirmière de suivi de patients bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité, avec prescriptions de médicaments en lieu et place du médecin.		Médecin/Infirmier	Ile de France	
Centre LEON BERARD	Transfert de compétence: pose de voie veineuse centrale par l'IDE.		Médecin/Infirmier	Rhône-Alpes	
CERITD Hôpital Sud- Francilien	Suivi de patients diabétiques traités par insuline munis d'un carnet glycémique électronique et surveillés par télé médecine avec prescriptions et soins par l'infirmier en lieu et place du médecin.		Médecin/Infirmier	Ile de France	
CERITD Hôpital Sud- Francilien	Prise en charge par l'infirmier des diabétiques insulino traités par pompe à insuline externe selon un Plan d'Education Personnalisé Electronique		Médecin/Infirmier	Ile de France	

	(ePEP) avec prescriptions et soins de premier recours en lieu et place du médecin.				
ES	Prélèvements de cornées dans le cadre de prélèvements de tissus et / ou de prélèvements multi organes		Ophthalmologue, Urgentiste, Anesthésiste-réanimateur / Infirmier	Bourgogne Bretagne	
ES	Réalisation de la mesure de l'élastométrie du foie par une infirmière en lieu et place du médecin		Gastroentérologue/Infirmier	Ile de France Bretagne	
Centre Eugène Marquis CRLCC Rennes	Réinjection intraveineuse de suspensions cellulaires et de radio-pharmaceutiques prêts à l'emploi, destinés à des explorations fonctionnelles à visée diagnostique par une technicienne de laboratoire en lieu et place d'un médecin nucléaire.		Médecin nucléaire/technicien de laboratoire	Bretagne	
MSP d'Aspet (31), MSP de Brassac (81)	Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet		Médecin/Infirmier	Midi-Pyrénées	

	âgé				
Centre de santé Elio Habib	Suivi, prescriptions et orientation de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou une affection apparentée par une infirmière en lieu et place du médecin		Médecin/infirmier	Ile de France	
Cabinet médical (établissement public, privé, centre de santé...)	Consultation, décision et prescription de vaccination pour les usagers par une infirmière en lieu et place d'un médecin		Médecin/Infirmier	Franche-Comté	
Groupe hospitalier Necker – Enfants-Malades.	Suivi de patients et de donneurs vivants en pré greffe rénale, avec prescription et interprétation d'examens, par une infirmière en lieu et place d'un médecin		Néphrologue/Infirmier	Ile de France	
Cabinet Médical	Réalisation de photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique par un(e) orthoptiste et/ou infirmier(e) en lieu et place d'un ophtalmologiste		Ophtalmologiste/Orthoptiste	Pays de Loire	
Cabinet Médical	Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15		Ophtalmologiste/Orthoptiste	Pays de Loire	

	ans				
Cabinet Médical	Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans.		Ophtalmologiste/Orthoptiste	Pays de Loire	
Service de soins à domicile SSIAD pour personnes handicapées	Sur prescription médicale, réalisation par l'aide-soignant, en lieu et en place de l'infirmier de soins d'élimination fécale pour des patients atteints de troubles neurologiques chroniques, pris en charge à domicile par le SSIAD pour personnes handicapées.		Infirmier/aide-Soignante	Alsace	
ES HAD	Élargissement des missions du diététicien en matière de dénutrition, nutrition entérale et parentérale en lieu et place d'un médecin.		Médecin/Diététicien	Ile de France Languedoc-Roussillon	
Hôpital Lapeyronnie	Évaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un médecin expert en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en		Médecin/Infirmier	Languedoc-Roussillon	

	télémédecine.				
G/pe Hospitalier Pitié salpêtrière : Service de rhumatologie	Réalisation d'échographies des veines et/ou artères des membres supérieurs par une infirmière en lieu et place d'un médecin		Médecin/Infirmier	Ile de France	
Cabinet médical	Consultation infirmier(e) en médecine du voyage pour le conseil, la vaccination, la prescription de médicaments à titre préventif, la prescription et l'interprétation de sérologies à visée vaccinale, la prescription de vaccin		Médecin/Infirmier	Ile de France	
Centre de Santé Case de Santé	Dépistage du cancer du col de l'utérus : Réalisation du Frottis Cervico- Utérin (FCU) par l'infirmière du centre de		Médecin/Infirmier	Midi-Pyrénées	
APHM - CHU Timone Salle de Radiologie Interventionnelle du service de radiologie	Protocole de coopération Radiologues interventionnels et Manipulateurs en Electroradiologie Médicale pour la pose des Picc en salle de Radiologie Interventionnelle		Médecin/MERM	PACA	
CH dans lequel se trouve un	Prise en charge des patients parkinsoniens				

<p>service spécialisé dans la stimulation cérébrale profonde pour la maladie de Parkinson</p>	<p>traités par stimulation cérébrale profonde (SCP): adaptation des réglages de stimulation par une infirmière en lieu et place du médecin à partir des évaluations motrice, comportementale et psycho sociale.</p>		<p>Médecin/Infirmier</p>	<p>Midi-Pyrénées</p>	
<p>Cabinet ophtalmologiste</p>	<p>Protocole de coopération entre médecins radiologues et manipulateurs d'électroradiologie médicale (ERM) formés à l'échographie, exerçant au minimum 50% de leur temps de travail dans ce domaine</p>		<p>Médecin/MERM</p>	<p>Languedoc-Roussillon</p>	
<p>Cadre Hospitalier</p>	<p>Prélèvements de peau mince dans le cadre de prélèvements de tissus et/ou de prélèvements multi organes sur personnes décédées.</p>		<p>Médecin/Infirmier</p>	<p>Bourgogne</p>	
<p>CHU de Bordeaux Laboratoires d'échocardiographies</p>	<p>Réalisation d'échocardiographies par un professionnel non médecin</p>		<p>Médecin/Infirmier</p>	<p>Aquitaine</p>	
	<p>Réalisation d'un</p>				

Entre hospitalier et/ou libéral	bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation optiques chez les adultes de 16 à 50 ans et analysé via télémedecine		Médecin/Orthoptiste	Haute-Normandie	
Entre hospitalier et/ou libéral	Réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les enfants de 6 à 15 ans et analysé via télémedecine par un ophtalmologiste		Médecin / Orthoptiste	Haute-Normandie	

Les protocoles en cours d'instruction

Structure ou professionnels porteurs	Thème	Actes dérogatoires	Professionnels impliqués	ARS concernées	Observations
Centre Claudius Régaud Toulouse	Consultation infirmière en Oncologie pour l'administration et le suivi de certaines chimiothérapies IV interactives. Délégation médicale de prescription	l'appréciation clinique et l'interprétation du bilan biologique <ul style="list-style-type: none"> - la prescription protocolaire des traitements relatifs aux effets secondaires des chimiothérapies : - la prescription des examens para cliniques et biologiques - la prescription des chimiothérapies est anticipée par l'oncologue 	Oncologues/IDE	Midi Pyrénées	
	Consultation infirmière de				

Hôpital de la Pitié Salpêtrière	suivi des patients atteints de diabète de type 2, ou de diabète gestationnel, avec interprétation des résultats de glycémie capillaire, et adaptation des doses d'insuline en lieu et place du médecin	- interpréter les résultats de glycémies capillaires - adapter les doses d'insuline (rapide et lente) en fonction des objectifs glycémiques fixés par le médecin déléguant	Endocrinologues/IDE	Ile de France	
Groupe Hospitalier Henri Mondor-Albert Chênevier	Prise en charge des malades atteints d'hépatite chronique virales C sous traitement antiviral dans le cadre d'une consultation infirmière		Médecin/Infirmier	Ile de France	
Hôpital de la Pitié Salpêtrière	Suivi de patients en Neuro-oncologie par un(e) infirmier (ère) avec prescription et adaptation de traitements, en lieu et place du médecin		Médecin/Infirmier	Ile de France	
Centre coordonnateur Clinique Pasteur	Prise en charge pluri professionnelle des plaies chroniques des membres inférieurs et du pied diabétique		Médecin/Infirmier	Midi-Pyrénées	
CHU de Nîmes Service d'Exploration & Médecine Vasculaire	Protocole de coopération entre médecins vasculaires et manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) pour l'acquisition des images et signaux, et la réalisation des mesures, lors des examens d'exploration vasculaire non-vulnérante		Médecin/MERM	Languedoc-Roussillon	
Service de Neurochirurgie en consultation pour la prise en charge en préopératoire, et en hospitalisation unité de neurochirurgie en post-opératoire	Suivi et réglage des paramètres de la stimulation de patients douloureux porteurs d'une stimulation		Médecin/Infirmier	PACA	

La consultation de suivi se déroulera au DETD à une périodicité systématique en post-op, à 1 mois, 3 mois, 6 mois, 1 an puis annuellement et en cas de nécessité					
Service d'Urologie du Pr P.GRISE, CHU-Hôpitaux de Rouen Le service d'Urologie du Pr S.DROUPY, CH de Nîmes	Réalisation d'une injection intra-caverneuse (IIC) d'alprostadil par l'infirmière experte, en lieu et place d'un médecin .Interprétation du résultat de l'IIC et mise en place du suivi du programme d'éducation aux IIC par l'infirmière experte		Médecin/Infirmier	Haute-Normandie	
Cabinet privé de l'urologue	Réalisation par l'infirmier anesthésiste des blocs nerveux analgésiques du membre inférieur sous échographie, dans la chirurgie de la prothèse de genou, de hanche et de la ligamentoplastie du genou, dans le cadre de la prise en charge de la douleur		Médecin/Infirmier	PACA	
CH de Brives	Consultation infirmière de suivi des patients traités par chimiothérapie injectable en HDJ d'Oncologie, pour les cures intermédiaires		Médecin/Infirmier	Limousin	
Cabinet privé de l'urologue	Réalisation du suivi et des réglages des patients porteurs d'un NMS par une infirmière en lieu et place de l'urologue		Médecin/Infirmier	Nord-Pas-de-Calais	
CHU de Dijon Service Régional d'Accueil des Urgences, circuit court	Pose d'une attelle plâtrée et d'un pansement par une ASDE en lieu et place d'un médecin au service des urgences d'un centre hospitalier		Médecin/Aide-soignante	Bourgogne	
	Prise en charge par un				

Cabinet d'angiologie et cabinet d'infirmier 1 bis rue de Salgareda 31140 SAINT ALBAN dans le cadre de la SISA SIMBA 1 bis rue de Salgareda 31140 SAINT ALBAN	infirmier libéral des plaies chroniques suspectes d'origine vasculaires évoluant depuis plus de 3 mois chez des patients en EHPAD ou à domicile		Médecin/Infirmier	Midi-Pyrénées	
Service d'hépatogastro-entérologie	Elaboration de prescriptions par des ISG en lieu et place de médecins dans le cadre du suivi d'un patient porteur d'une hépatite C		Médecin/Infirmier	Bretagne	
CHIC Quimper - bâtiment des cs° de dermatologie	Délégation de réalisation de séances de photothérapie thérapeutique cutanée pour enfants et adultes dans le cadre de dermatoses en relevant		Médecin/Aide-soignante	Bretagne	

Les protocoles refusés depuis 2009

Structure ou professionnels porteurs	Thème	Actes dérogatoires	Professionnels impliqués	ARS concernées	Observations
Groupe Korian Ehpad	« Réalisation d'une réfraction subjective par un opticien en EHPAD, en lieu et place d'un ophtalmologiste »	Réalisation d'une réfraction subjective par un Opticien en EHPAD.	Ophtalmologiste /Opticien	Ile de France	
Centre hospitalier régional d'Orléans	Consultation pré diagnostic ou de suivi des rhumatismes inflammatoires par une IDE en rhumatologie	Consultation pré diagnostic ou de suivi des rhumatismes inflammatoires par une IDE spécialisée en rhumatologie	Rhumatologue/IDE	Centre	
Cabinet privé	« En allergologie, réalisation de tests cutanés, d'épreuves fonctionnelles respiratoires et de suivis de désensibilisation par une infirmière diplômée d'état, en l'absence du médecin prescripteur »	En allergologie, réalisation de tests cutanés, d'épreuves fonctionnelles respiratoires et de suivis de désensibilisation par IDE en l'absence du médecin prescripteur	Allergologue/IDE	Ile de France	
Cabinet privé	Réalisation d'examens de dépistage ophtalmologique par une orthoptiste	Réalisation d'une tonométrie sans contact par une orthoptiste hors la présence d'un ophtalmologiste	Ophtalmologiste/Orthoptiste	Auvergne	
Cabinet privé	Protocole de coopération entre professionnels de la santé oculaire au Puy en Velay et en Haute Loire (43)	Interrogatoire Mesure des lunettes portées, au frontofocomètre Réfractométrie Tonométrie à air Fond d'œil numérique Prescription d'une ordonnance de lunettes	Ophtalmologiste/Orthoptiste	Auvergne	
Cabinet médical	« Prise en charge en premier recours par un kinésithérapeute, des nourrissons présentant un encombrement respiratoire en lieu et place d'un médecin »	diagnostic médical d'encombrement des voies aériennes orientation du nourrisson vers un médecin ou une structure appropriée en fonction de l'état clinique dans les cas où celui-ci ne pourrait bénéficier d'une kinésithérapie en première intention, prescription de kinésithérapie respiratoire	Médecin/Masseur kinésithérapeute	Ile de France	

Cabinet libéral	Extension de la période de renouvellement de verres correcteurs par un opticien, après un premier équipement prescrit par un ophtalmologiste, de 3 ans à 5 ans	étendre la période de renouvellement de verres correcteurs par un opticien de 3 à 5 ans, après un premier équipement prescrit par un ophtalmologiste	Ophtalmologiste/opticien	Auvergne	
CHI Quimper	Réalisation par un manipulateur ERM du Transit œso-gastro-Duodénal sans interprétation chez un patient adulte hospitalisé	Examen pratiqué sans surveillance d'un médecin	Radiologue /Manipulateur en électroradiologie	Bretagne	

ANNEXE 5. Fiche pédagogique TLM COOP–GT33

TELEMEDECINE ET PROTOCOLES DE COOPÉRATION

Dans quelles conditions la mise en œuvre d'un projet de télémédecine nécessite-t-elle de recourir à un protocole de coopération dit « Article 51 » ?

En tant que pratique médicale à distance, la télémédecine doit obligatoirement faire appel à un professionnel médical. Le champ des protocoles de coopération est plus large que celui de la télémédecine car il vise des professionnels médicaux et paramédicaux. Sous certaines conditions, la mise en œuvre concomitante de la télémédecine et des protocoles de coopération permet d'ouvrir le champ des projets de télémédecine aux paramédicaux.

Une équipe pluri-professionnelle

L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain (inscrits à l'art. L. 4011-1 du code de la santé publique), de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients.

Un protocole de coopération est un document décrivant :

- Les activités ou les actes de soins pouvant être transférés **d'un professionnel de santé à un autre**, de titre et de formation différents. La dérogation peut s'envisager entre n'importe quels professionnels de santé éligibles.
- La façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient dans le but d'optimiser sa prise en charge.

Ainsi, la dérogation s'envisage exclusivement dans le cas où **le projet de télémédecine met en relation une équipe pluri-professionnelle comptant au moins un professionnel médical en son sein.**

A contrario, une équipe mono-professionnelle n'est pas concernée. A titre d'exemple, la réalisation d'un acte de télé-expertise entre deux médecins ne nécessite pas de dérogation, quelques soient leurs disciplines respectives.

Des professionnels de santé éligibles

Les professionnels de santé concernés par les protocoles de coopération sont exclusivement ceux inscrits à

l'article L. 4011-1 du CSP rappelée ci-dessous :

Aide-soignant, audioprothésiste, aide-puéricultrice, chirurgien-dentiste, conseiller génétique, diététicien, épithésiste, ergothérapeute, infirmier(e), manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, médecin, opticien lunetier, orthophoniste, orthoptiste, prothésistes et orthésistes, pédicure-podologue, pharmacien, préparateur en pharmacie, psychomotricien, sage-femme, technicien de laboratoire médical.

Une dérogation aux textes régissant leur exercice professionnel

La dérogation consiste à autoriser des professionnels de santé à effectuer des activités ou des actes de soins qui ne sont pas autorisés par les textes régissant leur exercice professionnel.

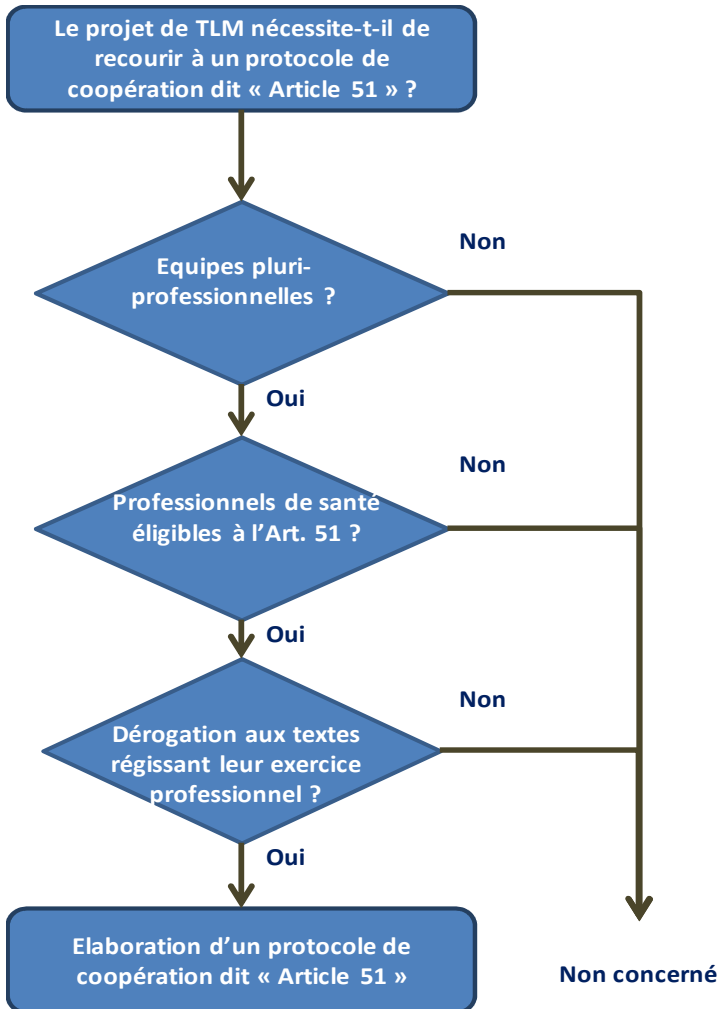
Ainsi, la dérogation est rendue nécessaire dès lors que **les professionnels de santé sont amenés à effectuer des activités ou des actes de soins qui ne sont pas autorisés par les textes régissant leur exercice professionnel.**

Le périmètre dérogatoire est défini par écart entre le projet de télémédecine (liste des activités ou des actes de soins que les professionnels de santé seront amenés à réaliser) et la réglementation (décrets d'actes et liste de compétences IDE, missions PER, etc.).

Par exemple :

Télésurveillance : suivi des patients diabétiques (type1) 24h/24, par carnet glycémique électronique sur smartphone et surveillance continue de l'évolution de leur état glycémique, permettant à l'infirmier(e) : la prescription et l'interprétation des examens de biologie, la lecture et l'interprétation des glycémies capillaires, l'adaptation des doses d'insuline, la prescription de re-sucrage.

TÉLÉMEDECINE ET PROTOCOLES DE COOPÉRATION

**Pour en savoir +**

Les 5 actes de télémédecine reconnus sont définis par le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010.

La coopération comporte des exigences légales :

- Article 51 de la loi HPST
- Arrêté du 31 décembre 2009 sur la procédure remplacé par l'arrêté du 28 mars 2012 publié au JO du 13 avril 2012
- Arrêté du 21 juillet 2010
- Décret n°2010-1204 du 11 octobre 2010

Vous pouvez vous engager dans un protocole de coopération auprès de votre ARS. Pour en savoir plus, consulter le portail de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978700/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-mode-d-emploi

ANNEXE 6. Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 relative au Collège des financeurs

LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (1)

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2014

Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 35

I. — Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 4011-1, la seconde occurrence du mot : « et » est remplacée par le mot : « à » ;

2° L'article L. 4011-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 4011-2.-Les professionnels de santé peuvent soumettre à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. Ces derniers précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« Ces protocoles sont accompagnés d'un modèle économique précisant notamment les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés. Ce modèle économique est établi avec l'appui de l'agence régionale de santé. Son contenu est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Après avoir vérifié que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional, le directeur général de l'agence régionale de santé en autorise la mise en œuvre par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé et après avis du collège des financeurs prévu à l'article L. 4011-2-1. Cet arrêté précise la durée du protocole. » ;

3° Après le même article L. 4011-2, sont insérés des articles L. 4011-2-1 à L. 4011-2-3 ainsi rédigés :

« Art. L. 4011-2-1.-Un collège des financeurs, composé, selon des modalités précisées par décret, de représentants de l'assurance maladie et de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, émet, pour chacun des protocoles de coopération transmis par l'agence régionale de santé, un avis portant sur le modèle économique mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 4011-2 ainsi que sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et la durée de celle-ci.

« Cet avis est transmis à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.

« Art. L. 4011-2-2.-I. — Le financement dérogatoire des protocoles de coopération pour lesquels le collège des financeurs mentionné à l'article L. 4011-2-1 a donné un avis favorable peut être autorisé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour une durée n'excédant pas trois ans, renouvelable une fois.

« En tant que de besoin, ce financement peut déroger aux dispositions suivantes :

« a) Articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

« b) 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 du même code, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« c) Article L. 162-2 dudit code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

« d) Articles L. 322-2 et L. 322-3 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

« II. — Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de l'autorisation mentionnée au premier alinéa du I du présent article sont prises

en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 4011-2-3.-I. — Six mois avant le terme d'un protocole de coopération, les professionnels de santé transmettent à l'agence régionale de santé les éléments, prévus par arrêté du ministre chargé de la santé, nécessaires à son évaluation.

« L'agence transmet ces éléments, accompagnés de son avis sur la pérennisation de ce protocole, à la Haute Autorité de santé et au collège des financeurs. La Haute Autorité de santé réalise une évaluation médico-économique du protocole et rend un avis sur son efficience.

« II. — Sur la base des éléments transmis par l'agence et de l'avis de la Haute Autorité de santé, le collège des financeurs rend un avis sur le maintien et, le cas échéant, sur la prise en charge financière du protocole soit à titre dérogatoire pour une durée limitée, soit à titre définitif par une inscription des actes concernés sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Dans le cas d'un avis favorable du collège des financeurs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut maintenir le protocole pour une durée qu'il fixe.

« III. — Lorsque, en application du II, le collège des financeurs rend un avis favorable au maintien et, le cas échéant, à la prise en charge financière d'un protocole de coopération, la Haute Autorité de santé peut étendre ce protocole à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de santé peut autoriser la mise en œuvre du protocole par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision. »

II. — Après le 8° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° Rendre les avis mentionnés, respectivement, au dernier alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique et au second alinéa du I de l'article L. 4011-2-3 du même code. »

III. — Les professionnels de santé dont les protocoles de coopération ont fait, avant le 1er janvier 2014, l'objet d'un avis favorable de la Haute Autorité de santé ou d'un arrêté d'autorisation par une ou plusieurs agences régionales de santé peuvent soumettre au collège des financeurs une demande d'avis sur le modèle économique des protocoles concernés, dans les conditions prévues à l'article L. 4011-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant du présent article.

Sur avis du collège des financeurs, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent autoriser le financement dérogatoire de ces protocoles, dans les conditions prévues à l'article L. 4011-2-2 du même code.

ANNEXE 7 - TABLEAU 1 BILAN D'ÉTAPE

Pour faciliter l'analyse les résultats sont présentés sous une forme homogène.

Dans la rubrique délégrant et délégué sont spécifiées les statuts : spécialité médicale, IDE, MERM, Orthoptiste....

Intitulé du protocole	Région d'origine	Date de l'arrêté dans la région	Porteur du Projet (nom et lieu d'exercice)	Date de mise en œuvre (réelle ou prévue)	Délégrant	Délégué	Nombre de délégants	Nombre de délégués
				Équipe 1				
				Équipe 2				

Tableau 2 : pour chaque PROTOCOLE éligible ayant plus d'un an de mise en œuvre

Les résultats sont fournis par les porteurs du projet.

Sont précisés l'intitulé du protocole, les points positifs, les difficultés rencontrées,

Le nombre de patients inclus global et par équipe.

Les porteurs de projet fournissent leurs données soit en répondant à tous les indicateurs prévus soit en remplissant les tableaux suivants permettant une homogénéisation des réponses.

INDICATEURS

	Libellé	Résultats	Commentaires
Indicateurs d'activité	Taux d'actes délégués		
	Taux de refus		
	Taux de sortie		
Indicateurs de qualité et de sécurité des soins	Taux d'alertes justifiées		
	Taux d'EI(EIG)		
Indicateur de satisfaction A analyser au regard du	Taux de satisfaction des Patients		
	Taux de satisfaction des		

taux de répondants	délégants		
	Taux de satisfaction des Délégués		
Indicateur de résultats			
Autre indicateur			
Autre indicateur			

Gestion des risques				
	Résultats	Analyse des causes	Actions d'amélioration menée ou en cours	Commentaires
Taux d'EI				
Taux décliné par type d'EI si pertinent				
Taux d'EIG				

ANNEXE 8 - BASE COMPLÈTE

Tableau 1 mis à jour en février 2015

Evaluation des protocoles de coopération (mise à jour au 31/12/ 2014)

En rouge les protocoles éligible sur 2014 ; en bleu les éligibles sur 2015 ; En noir prévus en 2016 ou non prévus

Région	PC	Mot clef du PC	Date de l'Arrêté	Date d'Adhésion	Date de Mise en œuvre	2014	2015	2016	Délégué	Délégant
ALSACE	PC_004	HEMATOLOGIE ONCOLOGIE	13/07/2011							
ALSACE	PC_005	UROLOGIE	28/11/2011	13/10/2014			1		2	1
ALSACE	PC_010	ASALEE	18/06/2012							
ALSACE	PC_013	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	19/12/2011							
ALSACE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	30/09/2014			1		1	14
ALSACE	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012	31/07/2014			1		2	4
ALSACE	PC_021	VACCINATION MALADIES INFECTIEUSES	27/05/2013							
ALSACE	PC_022	RHUMATOLOGIE								
ALSACE	PC_023	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	11/06/2012							
ALSACE	PC_025	FIBRO SCAN RADIOLOGIE	17/02/2014							
ALSACE	PC_032	ONCOLOGIE	21/10/2013							
ALSACE	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013	26/04/2014			1		17	7
ALSACE	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013							
ALSACE	PC_051	OPHTALMOLOGIE	14/05/2014							
ALSACE	PC_052	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013							
ALSACE	PC_053	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013							
ALSACE	PC_054	NEUROLOGIE	10/12/2014							

ALSACE	PC_065	VACCINATION MALADIES INFECTIEUSES	11/06/2014							
AQUITAINE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	11/09/2013		1	1		3	9
AQUITAINE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	12/09/2013		1	1		1	1
AQUITAINE	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013							
AQUITAINE	PC_053	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013							
AUVERGNE	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		2	5
AUVERGNE	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012							
AUVERGNE	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013	03/10/2014			1		2	1
BASSE N	PC_009	DERMATOLOGIE	19/03/2013							
BASSE N	PC_010	ASALEE	18/06/2012							
BASSE N	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012							
BASSE N	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012							
BASSE N	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013				1		5	13
BOURGOGNE	PC_002	OPHTALMOLOGIE	17/01/2012	10/09/2014	10/09/2014		1		1	1
BOURGOGNE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	13/12/2013		1	1		11	28
BOURGOGNE	PC_015	ADDICTOLOGIE	28/01/2013	10/08/2014					1	1
BOURGOGNE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	16/01/2015	01/01/2015			1	2	2
BOURGOGNE	PC_021	VACCINATION MALADIES INFECTIEUSES	27/05/2013	12/09/2013					1	1
BOURGOGNE	PC_032	ONCOLOGIE	19/12/2014		01/02/2015					
BOURGOGNE	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013	28/01/2014			1	1	12	2
BOURGOGNE	PC_037	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/05/2014							
BOURGOGNE	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013	08/02/2013	31/07/2013	1	1	1	3	3
BOURGOGNE	PC_044	FIBRO SCAN RADIOLOGIE	05/11/2013		01/02/2015					
BOURGOGNE	PC_051	OPHTALMOLOGIE	14/05/2014	04/07/2014	01/03/2015					
BOURGOGNE	PC_052	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013	04/07/2014	01/03/2015				1	1

BOURGOGNE	PC_053	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013	04/07/2014	01/03/2015				1	1
BOURGOGNE	PC_057	PLAIES DERMATOLOGIE	09/07/2014		01/03/2015					
BRETAGNE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	06/11/2013		1	1	1	6	14
BRETAGNE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012			1	1		3	9
BRETAGNE	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012			1	1		2	2
BRETAGNE	PC_023	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	11/06/2012			1	1		2	1
BRETAGNE	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	11/12/2014		04/03/2014		1		6	2
BRETAGNE	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013			1	1		3	5
BRETAGNE	PC_044	FIBRO SCAN RADIOLOGIE	05/11/2013		07/07/2014		1		2	4
BRETAGNE	PC_045	MEDECINE NUCLEAIRE RADIOLOGIE / ONCOLOGIE	17/11/2014							
CENTRE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	12/12/2013		1	1		3	10
CENTRE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	05/12/2013		1	1		6	9
CENTRE	PC_048	VACCINATION MALADIES INFECTIEUSES	27/02/2014							
CENTRE	PC_054	NEUROLOGIE	10/12/2014							
CHAMPAGNE ARDENNES	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		5	12
CORSE										
FRANCHE C	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		2	13
FRANCHE C	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012							
FRANCHE C	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013				1		22	6
FRANCHE C	PC_037	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013				1			
FRANCHE C	PC_048	VACCINATION MALADIES INFECTIEUSES	04/09/2013							
FRANCHE C	PC_051	OPHTALMOLOGIE	14/05/2014				1			
GUADELOUPE										

GUYANE										
HAUTE N	PC_005	UROLOGIE	28/11/2011			1	1		3	10
HAUTE N	PC_006	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	12/09/2011			1	1		11	21
HAUTE N	PC_010	ASALEE	18/06/2012		2015			1		
HAUTE N	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012		12/12/2014		1			
HAUTE N	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012							
HAUTE N	PC_023	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	11/06/2012		2015					
HAUTE N	PC_048	VACCINATION MALADIES INFECTIEUSES	04/09/2013		12/12/2014		1		2	1
IDF	PC_002	OPHTALMOLOGIE	17/01/2012							
IDF	PC_004	HEMATOLOGIE ONCOLOGIE	13/07/2011							
IDF	PC_005	UROLOGIE	28/11/2011							
IDF	PC_008	ONCOLOGIE	28/12/2012			1	1		4	7
IDF	PC_009	DERMATOLOGIE	19/03/2013							
IDF	PC_010	ASALEE	18/06/2012							
IDF	PC_013	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	19/12/2011							
IDF	PC_014	ONCOLOGIE	05/09/2013							
IDF	PC_015	ADDICTOLOGIE	28/01/2013							
IDF	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012				1		7	21
IDF	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012							
IDF	PC_021	VACCINATION MALADIES INFECTIEUSES	27/05/2013				1		12	6
IDF	PC_023	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	11/06/2012							
IDF	PC_024	CHIRURGIE BARIATRIQUE CHIRURGIE VISCERALE	05/11/2013				1		3	2
IDF	PC_032	ONCOLOGIE	21/10/2013							
IDF	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013				1			

IDF	PC_037	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013							
IDF	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013							
IDF	PC_044	FIBRO SCAN RADIOLOGIE	05/11/2013			1		3	3	
IDF	PC_046	GERIATRIE	07/02/2014							
IDF	PC_047	ALZHEIMER	22/09/2014			1		1	1	
IDF	PC_050	GREFFE NEPHROLOGIE	11/06/2014					1	1	
IDF	PC_051	OPHTALMOLOGIE	14/05/2014							
IDF	PC_052	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013							
IDF	PC_053	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013							
IDF	PC_057	PLAIES DERMATOLOGIE	09/07/2014							
IDF	PC_058	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	21/08/2014							
IDF	PC_065	VACCINATION MALADIES INFECTIEUSES	11/06/2014							
IDF	PC_066	GYNECOLOGIE ONCOLOGIE	22/12/2014							
LANGUEDOC	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1	1	1	
LANGUEDOC	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	10/09/2013					2	13	
LANGUEDOC	PC_044	FIBRO SCAN RADIOLOGIE	05/11/2013			1		1	1	
LANGUEDOC	PC_055	DIETETIQUE								
LANGUEDOC	PC_057	PLAIES DERMATOLOGIE	09/07/2014							
LIMOUSIN	PC_010	ASALEE	18/06/2012				1	2	6	
LIMOUSIN	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013							
LORRAINE	PC_002	OPHTALMOLOGIE	17/01/2012							
LORRAINE	PC_004	HEMATOLOGIE ONCOLOGIE	13/07/2011							
LORRAINE	PC_005	UROLOGIE	28/11/2011							
LORRAINE	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1	3	14	
LORRAINE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	déc-13		1	1	11	25	

LORRAINE	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012							
LORRAINE	PC_023	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	11/06/2012			1	1		1	2
LORRAINE	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013							
LORRAINE	PC_052	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013							
LORRAINE	PC_053	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013							
MARTINIQUE	PC_007	OPHTALMOLOGIE	23/02/2012	pas d'adhésion						
MARTINIQUE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	pas d'adhésion						
MARTINIQUE	PC_021	VACCINATION MALADIES INFECTIEUSES	27/05/2013						1	1
MAYOTTE										
MIDI PYR	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		5	13
MIDI PYR	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012				1		6	15
MIDI PYR	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013				1		11	16
MIDI PYR	PC_046	GERIATRIE	07/02/2014				1		11	18
MIDI PYR	PC_052	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013				1		3	4
MIDI PYR	PC_053	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013				1		7	4
MIDI PYR	PC_066	GYNECOLOGIE ONCOLOGIE	12/12/2014					1		
NORD P DE C	PC_002	OPHTALMOLOGIE	17/01/2012	pas d'adhésion						
NORD P DE C	PC_010	ASALEE	18/06/2012					1		
NORD P DE C	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012					1		
NORD P DE C	PC_065	VACCINATION MALADIES INFECTIEUSES	11/06/2014					1		
LA REUNION	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012			1	1		5	2
PACA	PC_004	HEMATOLOGIE ONCOLOGIE	13/07/2011			1			5	16
PACA	PC_005	UROLOGIE	28/11/2011							
PACA	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012							
PACA	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012			1			3	1
PACA	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013				1		47	14

PACA	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013			1	1		4	3
PAYS DE L	PC_005	UROLOGIE	28/11/2011							
PAYS DE L	PC_010	ASALEE	18/06/2012						1	3
PAYS DE L	PC_013	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	19/12/2011	pas d'adhésion						
PAYS DE L	PC_014	ONCOLOGIE	05/09/2013			1	1		6	2
PAYS DE L	PC_015	ADDICTOLOGIE	28/01/2013							
PAYS DE L	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012							
PAYS DE L	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013							
PAYS DE L	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013				1		8	12
PAYS DE L	PC_051	OPHTALMOLOGIE	14/05/2014							
PAYS DE L	PC_052	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013			1	1		11	3
PAYS DE L	PC_053	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013			1	1		11	3
PICARDIE	PC_010	ASALEE								
POITOU	PC_010	ASALEE	18/06/2012	déc-12		1	1		31	134
POITOU	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	01/07/2013		1	1		1	4
POITOU	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012	20/02/2013		1	1		2	2
POITOU	PC_023	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	11/06/2012							
POITOU	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013	21/02/2014			1		6	3
POITOU	PC_052	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013	01/07/2014			1		2	2
POITOU	PC_053	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013	juil-14			1		2	2
RHÔNE A	PC_001	HEPATITE GASTRO-ENTEROLOGIE	10/11/2011		en arrêt	1			1	1
RHÔNE A	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		29	139
RHÔNE A	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012				1		2	2
RHÔNE A	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012							
RHÔNE A	PC_023	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	11/06/2012		en arrêt					
RHÔNE A	PC_032	ONCOLOGIE	21/10/2013				1		4	7
RHÔNE A	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013							

RHÖNE A	PC_052	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013							
RHÖNE A	PC_053	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013							
				TOTAL	34	65	10	432	740	

ANNEXE 9 - PROTOCOLES ÉLIGIBLES 2014 ET 2015

Tableau 2

Région	PC	Mot clef du PC	Date de l'Arrêté	Date d'Adhésion	Date de Mise en œuvre	2014	2015	2016	Délégué	Délégant
ALSACE	PC_005	UROLOGIE	28/11/2011	13/10/2014			1		2	1
ALSACE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	30/09/2014			1		1	14
ALSACE	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012	31/07/2014			1		2	4
ALSACE	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013	26/04/2014			1		17	7
AQUITAINE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	11/09/2013		1	1		3	9
AQUITAINE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	12/09/2013		1	1		1	1
AUVERGNE	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		2	5
AUVERGNE	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013	03/10/2014			1		2	1
BASSE N	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013				1		5	13
BOURGOGNE	PC_002	OPHTALMOLOGIE	17/01/2012	10/09/2014	10/09/2014		1		1	1
BOURGOGNE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	13/12/2013		1	1		11	28
BOURGOGNE	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013	28/01/2014			1	1	12	2
BOURGOGNE	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013	08/02/2013	31/07/2013	1	1	1	3	3
BRETAGNE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	06/11/2013		1	1	1	6	14
BRETAGNE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012			1	1		3	9
BRETAGNE	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012			1	1		2	2
BRETAGNE	PC_023	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	11/06/2012			1	1		2	1
BRETAGNE	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	11/12/2014		04/03/2014		1		6	2

BRETAGNE	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013			1	1		3	5
BRETAGNE	PC_044	FIBRO SCAN RADIOLOGIE	05/11/2013		07/07/2014		1		2	4
CENTRE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	12/12/2013		1	1		3	10
CENTRE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	05/12/2013		1	1		6	9
CHAMPAGNE ARDENNES	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		5	12
FRANCHE C	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		2	13
FRANCHE C	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013				1		22	6
FRANCHE C	PC_037	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013				1			
FRANCHE C	PC_051	OPHTALMOLOGIE	14/05/2014				1			
HAUTE N	PC_005	UROLOGIE	28/11/2011			1	1		3	10
HAUTE N	PC_006	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	12/09/2011			1	1		11	21
HAUTE N	PC_010	ASALEE	18/06/2012		2015		1			
HAUTE N	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012		12/12/2014		1			
HAUTE N	PC_048	VACCINATION MALADIES INFECTIEUSES	04/09/2013		12/12/2014		1		2	1
IDF	PC_008	ONCOLOGIE	28/12/2012			1	1		4	7
IDF	PC_010	ASALEE	18/06/2012							
IDF	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012				1		7	21
IDF	PC_021	VACCINATION MALADIES INFECTIEUSES	27/05/2013				1		12	6
IDF	PC_024	CHIRURGIE BARIATRIQUE CHIRURGIE VISCERALE	05/11/2013				1		3	2
IDF	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013				1			
IDF	PC_044	FIBRO SCAN RADIOLOGIE	05/11/2013				1		3	3

ID F	PC_047	ALZHEIMER	22/09/2014				1		1	1
ID F	PC_050	GREFFE NEPHROLOGIE	11/06/2014						1	1
LANGUEDOC	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		1	1
LANGUEDOC	PC_044	FIBRO SCAN RADIOLOGIE	05/11/2013				1		1	1
LIMOUSIN	PC_010	ASALEE	18/06/2012				1		2	6
LORRAINE	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		3	14
LORRAINE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	déc-13		1	1		11	25
LORRAINE	PC_023	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	11/06/2012			1	1		1	2
MIDI PYR	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		5	13
MIDI PYR	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012				1		6	15
MIDI PYR	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013				1		11	16
MIDI PYR	PC_046	GERIATRIE	07/02/2014				1		11	18
MIDI PYR	PC_052	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013				1		3	4
MIDI PYR	PC_053	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013				1		7	4
LA REUNION	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012			1	1		5	2
PACA	PC_004	HEMATOLOGIE ONCOLOGIE	13/07/2011			1			5	16
PACA	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012			1			3	1
PACA	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013				1		47	14
PACA	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013			1	1		4	3
PAYS DE L	PC_010	ASALEE	18/06/2012						1	3
PAYS DE L	PC_014	ONCOLOGIE	05/09/2013			1	1		6	2
PAYS DE L	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013				1		8	12
PAYS DE L	PC_052	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013			1	1		11	3
PAYS DE L	PC_053	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013			1	1		11	3
PICARDIE	PC_010	ASALEE								
POITOU	PC_010	ASALEE	18/06/2012	déc-12		1	1		31	134

POITOU	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	01/07/2013		1	1		1	4
POITOU	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012	20/02/2013		1	1		2	2
POITOU	PC_033	DIABETE ENDOCRINOLOGIE	13/12/2013	21/02/2014			1		6	3
POITOU	PC_052	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013	01/07/2014			1		2	2
POITOU	PC_053	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013	juil-14			1		2	2
RHÔNE A	PC_001	HEPATITE GASTRO-ENTEROLOGIE	10/11/2011		en arrêt	1			1	1
RHÔNE A	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		29	139
RHÔNE A	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012				1		2	2
RHÔNE A	PC_032	ONCOLOGIE	21/10/2013				1		4	7
					TOTAL	34	71	10	431	739

ANNEXE 10 - PROTOCOLES ÉLIGIBLES 2014

Tableau 3

Région	PC	Mot clef du PC	Date de l'Arrêté	Date d'Adhésion	Date de Mise en œuvre	2014	2015	2016	Délégué	Délégant
AQUITAINE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	11/09/2013		1	1		3	9
AQUITAINE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	12/09/2013		1	1		1	1
AUVERGNE	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		2	5
BOURGOGNE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	13/12/2013		1	1		11	28
BOURGOGNE	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013	08/02/2013	31/07/2013	1	1	1	3	3
BRETAGNE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	06/11/2013		1	1	1	6	14
BRETAGNE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012			1	1		3	9
BRETAGNE	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012			1	1		2	2
BRETAGNE	PC_023	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	11/06/2012			1	1		2	1
BRETAGNE	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013			1	1		3	5
CENTRE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	12/12/2013		1	1		3	10
CENTRE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	05/12/2013		1	1		6	9
CHAMPAGNE ARDENNES	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		5	12
FRANCHE C	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		2	13
HAUTE N	PC_005	UROLOGIE	28/11/2011			1	1		3	10
HAUTE N	PC_006	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	12/09/2011			1	1		11	21
I D F	PC_008	ONCOLOGIE	28/12/2012			1	1		4	7
I D F	PC_010	ASALEE	18/06/2012							
LANGUEDOC	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		1	1
LIMOUSIN	PC_010	ASALEE	18/06/2012				1		2	6
LORRAINE	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		3	14
LORRAINE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	déc-13		1	1		11	25

LORRAINE	PC_023	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	11/06/2012			1	1		1	2
MIDI PYR	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		5	13
LA REUNION	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012			1	1		5	2
PACA	PC_004	HEMATOLOGIE ONCOLOGIE	13/07/2011			1			5	16
PACA	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012			1			3	1
PACA	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013			1	1		4	3
PAYS DE L	PC_010	ASALEE	18/06/2012						1	3
PAYS DE L	PC_014	ONCOLOGIE	05/09/2013			1	1		6	2
PAYS DE L	PC_052	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013			1	1		11	3
PAYS DE L	PC_053	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013			1	1		11	3
PICARDIE	PC_010	ASALEE								
POITOU	PC_010	ASALEE	18/06/2012	déc-12		1	1		31	134
POITOU	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	01/07/2013		1	1		1	4
POITOU	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012	20/02/2013		1	1		2	2
RHÔNE A	PC_001	HEPATITE GASTRO-ENTEROLOGIE	10/11/2011		en arrêt	1			1	1
RHÔNE A	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		32	145

ANNEXE 11 - ASALEE

Tableau 11-1 – tableau de bord Poitou-Charentes

Docteur(s) :
 Infirmier(es) :
 Localisation : Poitou-Charentes
 Mois concerné : 01/2014 - 12/2014



Répartition de l'activité

Temps passé	journée	%
consultation	1286.1	40.00 %
gestion dossier	981.2	30.00 %
concertation	85.3	3.00 %
formation	564.6	18.00 %
contribution Asalée	227.5	7.00 %
non attribué	74.5	2.00 %
total	3219.2	100.00 %

Actes dérogatoires

Total	1398
presc. et réal. spirométrie	239
presc. et réal. troubles cognitifs	4
presc. et réal. ECG	231
presc. et réal. exam. du pied	47
presc. et réal. exam. du pied monofilament	386
presc. autres examens de suivi de diabète	491

Nbre examens intégrés dans la période

Nb examens saisis ou intégrés	244615
Nombre d'examens de la période	178959

Evolution HBA1c

Nombre de consultations :	HBA1c avant	1ère					
		2ème	3ème	4ème	5ème	6ème	
Patients avec HBA1c > 7% avant la 1ère consultation	HBA1c après	8.32	8.34	8.36	8.33	8.36	8.36
	évolution	7.92	7.87	7.82	7.80	7.78	7.80
		-4.81 %	-5.64 %	-6.46 %	-6.36 %	-6.94 %	-6.70 %

Evolution LDL

Nombre de consultation :	1ère			
	2ème	3ème	4ème	
Patient avec LDL > 1,3 avant la 1ère consultation	LDL avant	1.59	1.60	1.60
	LDL après	1.43	1.44	1.42
	évolution	-10.06 %	-10.00 %	-11.25 %

Evolution tension

Taux patient > 140/90 avant la 1ère consultation et < 140/90 après 1 consultation	47 %
Taux patient > 140/90 avant la 1ère consultation et < 140/90 après 2 consultations	53 %
Taux patient > 140/90 avant la 1ère consultation et < 140/90 après 3 consultations	50 %
Taux patient > 140/90 avant la 1ère consultation et < 140/90 après 4 consultations	54 %

Exploration Fonctionnelle Respiratoire - EFR

Nb de spirométrie par patient unique	902
Taux de patients tabagiques ayant fait l'objet d'une Exploration Fonctionnelle Respiratoire	4.86 %

Analyse activité consultation

Jours d'activité retenus :	2427.18
(= consultation + gestion dossier + concertation + non attribué)	
Nombre de consultations :	11437
Consultations par jour :	4.71

Rapport à l'objectif

	78.53 %
--	---------

Patients vus par protocole

Total	5123
dépistage diabète	316
suivi diabète	1373
suivi rcva	2350
repérage troubles cognitifs	544
repérage bpc	381
campagne dépistage cancer	50
autres types	839
dont patient multiprotocoles	1203

Nouveaux patients

Nouveaux patients de la période	1891
Proportion de nouveaux patients	44.52 %

Potentiel des sites

Nombre total de patients	103109
Nombre de patients diabétiques de type 2	8791
Nombre de patients à risque cardio-vasculaires	16754
Nombre de patients éligibles au protocole Bpco	18560
Nombre de patients éligibles aux repérages troubles cognitifs	12225

• Les éléments généraux

Le potentiel statistique de patients cibles est lié aux taux de prévalence des différents volets des sites :

Potentiel du nombre de patients suivis par les délégués : 261 834 (825 556 à la date du 28 avril 2015)

Potentiel du nombre de patients diabétiques type 2 : 16401 (48555 à la date du 28 avril 2015)

Potentiel du nombre de patients à risque cardio vasculaire : 43469 (145560 à la date du 28 avril 2015)

Potentiel du nombre de patients éligibles au protocole BPCO : 47130 (139737 à la date du 28 avril 2015)

Potentiel du nombre de patients éligibles au repérage troubles cognitifs : 33084 (117663 à la date du 28 avril 2015)

La proportion importante de nouveaux patients 66% de médiane explique la montée exponentielle des dossiers ASALEE créés passant de 12874 à 13000 en avril 2015 soit un tiers des patients éligibles en théorie.

La répartition de l'activité :

Les résultats sont proches de ceux décrits plus haut en Poitou-Charentes

L'activité de consultation représente un peu plus du tiers du temps d'activité soit 42% en moyenne (40,5 en médiane).

L'activité gestion du dossier est importante représente le tiers du temps soit 34 % en moyenne (22,5 en médiane) ; cette activité inclut la transcription sur le dossier médical et la transmission des données sur le portail extranet soit une ou deux saisies selon les logiciels utilisés.

La concertation ne prend que 5 % du temps (médiane à 4,5) elle est parfois organisée souvent réalisée au fil de l'eau dans les cabinets.

L'activité formation occupe 15% du temps mais diminue avec l'expérience. Le reste du temps est consacré à la contribution à l'association ou non attribué.

L'objectif initial de 6 consultations IDE par jour (incluant les activités consultation, gestion du dossier, concertation) par jour n'est atteint qu'à 80 % en moyenne (72 de médiane).

Selon les pathologies

Diabète de type 2 :

La proportion de patients diabétiques suivis par les IDE est de 38%.

La proportion d'actes dérogoires concernant le diabète de 2488 soit 64 % de l'ensemble des actes

Résultats de HbA1c :

Le principe consiste à inclure les patients potentiellement à risque dont l'HbA1c est supérieur à 7% et à suivre le taux après les consultations (deux fois par an).

Sur 14 régions : avant une première consultation HbA1c est de 8,32 et diminue après la consultation à 7,95 soit un gain de 4 %

Sur 10 régions avant la cinquième consultation la médiane du taux est à 8,38 et après à 7,64 soit 8 % d'amélioration.

Nous connaissons depuis les précédentes évaluations la diminution de la valeur de l'HbA1c des patients inclus dans le protocole mais nous voyons sur ces résultats qu'elle se maintient dans le temps.

Toutefois le taux d'HbA1c reste supérieur à 7,50.

Risque cardio vasculaire

La proportion de patients suivis pour RCV est de 43%.

La proportion d'actes dérogoires concernant le RCV en particulier les ECG est de 768 soit 20%

Concernant les résultats des LDL les patients sont inclus si les LDL sont supérieur à 1,3.

Sur 10 régions avant la première consultation le taux est de 1,585 de médiane et diminue après la consultation à 1,37 soit de 13%.

Sur 10 régions avant la 3^{ème} consultation la médiane est à 1,595 et 1,34 après soit 15% de diminution.

Les LDL des patients inclus dans le protocole diminuent et se maintiennent.

Tension artérielle

Les patients inclus ont plus de 14/9 avant la 1^{ère} consultation : 49,6 % ont une TA inférieure à 14/9 après la consultation.

Après la 3^{ème} consultation les résultats sont identiques : 49 % des patients ont une TA inférieure à 14/9

Après 3 consultations des patients inclus, 49% des patients ont une TA inférieure à 14/9

Repérage de la Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

La proportion de patients atteints de BPCO est de 6%.

La proportion d'actes dérogoires concernant le BPCO représente 560 prescriptions de spirométrie soit 15%.

4,86 % des patients tabagiques ont fait l'objet d'une Exploration Fonctionnelle Respiratoire mais l'objectif initial n'est pas précisé.

Repérage des troubles cognitifs

La proportion de patients bénéficiant d'un repérage des troubles cognitifs est de 9%.

La proportion d'actes dérogatoires concernant les troubles cognitifs de 1%.

12% des patients âgés ont eu un test des troubles cognitifs mais l'objectif initial n'est pas précisé.

Discussion

D'autres indicateurs étaient initialement prévus mais n'ont pas été inclus dans les tableaux de bord (voir en annexe 11 le tableau 5c). Ils ont été analysés et discutés avec ASALEE.

- le nombre de patients dépistés annuellement /nombre de patients inscrit au dispositif de médecin traitant

Il y a dans ASALEE plusieurs actions qui concernent un "dépistage" :

dépistage du diabète de type 2, qui peut être un point d'entrée dans le protocole "suivi du diabète de type 2"

* dépistage de la BPCO, par la spirométrie.

* repérage des troubles cognitifs

* et intervention de l'IDE, en complément du médecin traitant, dans les protocoles de dépistage de cancers, pour les campagnes collectives.

L'indicateur strict "nombre de patients dépistés annuellement/nombre de patients inscrits au dispositif de médecin traitant" devrait être précisé, pour savoir s'il s'agit :

* d'un dépistage (positif) en général, mais qui n'a pas beaucoup de sens si on globalise les pathologies

* d'un dépistage ciblé sur telle ou telle pathologie, et en ce cas, il faut s'intéresser

** d'une part, au taux de patients éligibles ayant bénéficié de ce dépistage (indicateur de pratique)

** et, pour ces patients, ceux qui ont été dépisté positifs (indicateur de résultat)

En ce cas, probablement, le caractère significatif de tel ou tel taux diffère selon les pathologies :

* par exemple, pour les cabinets les plus anciens, 80 % des personnes éligibles ont participé à la campagne de dépistage collectif pour les cancers du sein.

* et 70 % des personnes ayant bénéficié du repérage des troubles cognitifs sont repérés "positif".

- mesure du risque cardio vasculaire & évolution de l'IMC

Le protocole – et les outils – prévoient de rendre possible le calcul du risque cardio-vasculaire selon l'équation de Framingham, ainsi que le suivi de l'IMC

En pratique cependant,

* d'une part, les logiciels de gestion de cabinet des médecins ne permettent pas toujours la collecte des données des facteurs de risque permettant le calcul (un cas sur deux),

* d'autre part, lorsqu'ils le permettent, les données ont un taux de renseignement des rubriques mitigé (un cas sur deux),

* enfin, si l'IMC est une donnée qui est plus fréquemment calculable, elle a son intérêt particulièrement chez les jeunes enfants, (4 à 6 ans) au moment du rebond adipeux, mais, jusqu'à récemment, il n'était pas envisagé de les inclure.

De ce fait, après discussion avec l'évaluatrice externe, il est apparu que le suivi de l'évolution de la tension artérielle était pour l'objectif suivi, nécessaire et suffisant.

Cela étant, les données IMC et RCV font toujours l'objet de collecte de données de telle sorte que, si cela était souhaité, ASALEE puisse les produire pour des études souhaitées par les évaluateurs.

(Les données disponibles montrent une amélioration moyenne continue de l'IMC proportionnelle au nombre de consultations réalisées par ASALEE).

- nombre de professionnels ayant adhéré /nombre de professionnels potentiellement concernés dans le cabinet

La règle d'adhésion au protocole ASALEE est que, sauf exception motivée, la totalité des professionnels d'un cabinet doit adhérer pour pouvoir exercer.

Il y a très peu de cas de cabinets (moins d'une dizaine sur les 350 installations) pour lesquels certains professionnels sont autorisés à ne pas adhérer, en général lorsqu'ils leur restent quelques années d'exercice et qu'ils ne souhaitent pas adhérer sans pour autant empêcher leurs confrères de mettre en œuvre l'exercice (en ce cas, généralement, ces professionnels qui n'adhèrent pas n'ont pas de pratique collective, quoi qu'exerçant dans un lieu commun).

Le taux ainsi obtenu est de plus de 98 %.

- délai d'obtention de rendez-vous

Ce délai dépend du taux d'emploi de l'IDE et de la disponibilité de certains patients, actifs, qui demandent des rendez-vous hors des horaires de bureau.

A cette exception près, pour une IDE à temps plein, les patients peuvent toujours être reçus sans délai (fusse pour une première prise de contact).

Pour des IDE à temps partiel, par exemple 2 jours par semaine, il faut compter en moyenne 2 ou 3 jours de délais, jusqu'au prochain jour de présence.

Le cas extrême étant celui d'un MG exerçant seul, et recevant une IDE une journée dans la semaine, en général à jour fixe. Le délai d'obtention moyen étant alors de 3,5 jours (une demi-semaine) si le jour proposé est possible pour le patient.

En moyenne, le taux d'emploi étant proche de 60 %, on peut considérer que le délai moyen d'obtention de rendez-vous est d'un jour.

- temps gagné par unité de temps par le délégué

Des mesures avaient été faites à l'occasion de l'évaluation des pratiques professionnelles de près de 50 des premiers médecins généralistes pratiquant ASALEE.

A l'époque, ces mesures ont concerné exclusivement les consultations avec les patients diabétiques de type 2, et lorsque l'infirmière ne pratiquait pas les actes dérogatoires.

De ces mesures, ressortaient les gains de temps moyen suivants :

* 20 minutes pour des consultations dites "de fond" (patient diabétique déséquilibré)

* 7 minutes pour les consultations de suivi.

L'évaluation en cours doit notamment déterminer si la pratique des actes dérogatoires est de nature à modifier ces temps élémentaires, et, notamment l'effet de la capacité de prescription (notamment ECG, spirométrie, troubles cognitifs).

En synthèse la centralisation des données recueillies régulièrement, leur volume, leur multiplicité doivent permettre une exploitation plus complète des résultats d'autant que le protocole atteint un degré d'extension quasiment national.

Des caractéristiques spécifiques du projet expliquent le succès et l'extension du projet plutôt dans des zones dites « désertifiées » d'autant que l'accès du service ASALEE est possible à tout type d'organisation de soins primaires : MSPP, Pôles de santé, médecin isolé.

Le développement tient à la structuration de l'association ASALEE :

La volonté des généralistes d'ASALEE de garder la main sur les objectifs d'amélioration de la Qualité des soins et sur la propriété des données.

L'implication forte et la compétence acquise des IDE ASALEE qui sont soit libérales (et ASALEE à temps partiel) soit salariées.

L'appui très tôt d'une cellule d'ingénierie chargé de l'organisation des formations, de l'écriture des dossiers, de l'organisation de l'évaluation, de la construction d'un portail extranet sécurisé avec des développeurs (Hébergé et protégé par Informatique De Sécurité IDS) collectant en temps réel tous les éléments recueillis par les IDE.

➤ **Selon la grille HAS portant sur Poitou Charente (voir annexe 11-1**

Les Points positifs :

La forte notoriété du protocole dans cette région historique entraine un afflux de candidats médecins généralistes et infirmiers supérieur au nombre de postes ouverts, dans la vague 2014. Rappelons à ce sujet que le Collège des financeurs a prévu le financement de 167 ETP d'infirmier(e)s en 2015.

La montée en charge des nouveaux cabinets est facilitée par la présence d'une communauté MG-IDE ASALEE déjà en place, dès qu'une « masse critique » (plus de 10 IDE par département) est atteinte.

Les IDE les plus expérimentées de la région contribuent au déploiement national en essayant leur compétence (recrutement, compagnonnage) et proposent des enrichissements en prenant directement part à la gouvernance du protocole.

Difficultés rencontrées :

Le confort de travail dans des cabinets différents n'est pas toujours assuré amenant les IDE à changer de bureaux en fonction des disponibilités du jour.

Des rendez-vous non honorés par certains patients obligent une adaptation de planning.

Les données quantitatives des indicateurs :

- Près de 27.500 dossiers sont ouverts en Poitou Charentes ce qui représente 22 % de l'activité nationale.
- **Il n'y a pas eu d'événements indésirables stricto sensu liés au protocole de coopération.**
- Les résultats confirment à plus large échelle l'effet du protocole sur des indicateurs médicaux principaux (HbA1c du patient diabétique de type 2, tension du patient hypertendu). Taux de patients avec atteinte de l'objectif médical recommandé dans un délai donné.
- Ils confirment la satisfaction déjà relevée des patients (en 2007 et 2009) et des professionnels (EPP 2008) ; notamment sur la qualité de la prise en charge et le temps libéré.

La répartition du temps d'activités se découpe ainsi :

- En moyenne, tous cabinets confondus, dans la phase de mise en place, 1/3 du temps passé l'est devant un patient, 1/3 en gestion de dossier, et 1/3 sur la formation et les concertations avec les généralistes.

Pour les cabinets les plus anciens, 50 % du temps l'est devant un patient.

- **La durée des consultations, variable suivant les types de consultations est en moyenne de 47 minutes ce qui est un temps long par rapport à une consultation habituelle d'un MG qui en cabinet est de 15 mn selon la DRESS 2006.**
- La moyenne du nombre d'exams pris en charge par mois par le délégué évolue à la hausse et 12% des consultations de janvier 2015 ont donné lieu à la réalisation d'un acte dérogatoire.
- Il n'y a pas de refus « franc » identifié, dans la mesure où un MG évitera de proposer l'inclusion à un patient dont il pressent le refus ; sachant que ce refus présumé n'est pas définitif. En tant que tel il ne s'agit pas de sortie, mais plutôt d'espacement des consultations, soit parce que l'état de la personne le permet, soit parce que c'est sa préférence.
- **Il n'y a pas d'alerte mais les réunions régulières et formalisées de concertation déléguant/délégué sont faites pour étudier les dossiers posant des difficultés et permettent un traitement en amont et au fil de l'eau des patients.**

- **Les enquêtes de satisfaction-patients montrent une très bonne adhésion aux échanges avec les déléguées avec une notation moyenne de 18.2/20.**

Du côté du délégant l'évaluation des pratiques professionnelles montre une forte satisfaction des processus et des résultats.

Il y a un cas d'arrêt de cabinet pour une raison indépendante d'ASALEE (séparation des MG) en 2006, qui va reprendre en 2015 ; et un cas d'arrêt à l'initiative d'ASALEE, le MG ne respectant pas le cahier des charges (soit 1/77)

- **Du côté des délégués l'activité ASALEE dérogatoire est jugée épanouissante, pourvu qu'elle soit pleinement réalisée. Sur 52 IDE depuis l'origine : 1 exclusion pour non-respect de cahier des charges, 3 départs en retraite, 4 mutations familiales, 5 retours à l'exercice libéral. La formalisation des réunions de concertation déléguant/délégué et le support ASALEE visent à anticiper les difficultés ainsi que des critères d'admission resserrés.**

Tableau 11-2

Région	PC	Mot clef du PC	Date de l'Arrêté	Date d'Adhésion	Date de Mise en œuvre	2014	2015	2016	Délégué	Délégant
AQUITAINE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	11/09/2013		1	1		3	9
AUVERGNE	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		2	5
BOURGOGNE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	13/12/2013		1	1		11	28
BRETAGNE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	06/11/2013		1	1	1	6	14
CENTRE	PC_010	ASALEE	18/06/2012	12/12/2013		1	1		3	10
CHAMPAGNE ARDENNES	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		5	12
FRANCHE C	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		2	13
I D F	PC_010	ASALEE	18/06/2012							
LANGUEDOC	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		1	1
LIMOUSIN	PC_010	ASALEE	18/06/2012				1		2	6
LORRAINE	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		3	14
MIDI PYR	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		5	13
PAYS DE L	PC_010	ASALEE	18/06/2012						1	3
PICARDIE	PC_010	ASALEE								
POITOU	PC_010	ASALEE	18/06/2012	déc-12		1	1		31	134
RHÔNE A	PC_010	ASALEE	18/06/2012			1	1		29	139

Tableau 11-3 – gestion des risques

Gestion des risques				
	Résultats	Analyse des causes	Actions d'amélioration menée ou en cours	Commentaires
Taux global d'EI	0	0	0	Il n'y a pas eu d'événements indésirables stricto sensu liés au protocole de coopération.
Taux par type d'EI	0	0	0	NA
Taux global d'EIG	0	0	0	NA

Tableau 11-4 – indicateurs de suivi du protocole

	Libellé	Résultats		Commentaires
Indicateurs d'activité	Répartition du temps passé	Consultation	34.5%	<p>Poitou Charentes représente 22 % de l'activité nationale, soit près de 27.500 dossiers.</p> <p>En moyenne, tous cabinets confondus, dans la phase de mise en place, 1/3 du temps passé l'est devant un patient, 1/3 en gestion de dossier, et 1/3 sur la formation, les concertations avec les MG.</p> <p>Pour les cabinets les plus anciens, 50 % du temps l'est devant un patient.</p>
		Gestion dossier	35.8%	
		Concertation	2.1%	
		Formation	15.7%	
		Fonctionnement interne Asalee	5.2%	
		Autre	6.7%	
		Moyenne Poitou Charentes depuis le 01/02/2013		
	Durée des consultations	Dépistage diabète	49	<p>La durée des consultations, variable suivant les types de consultations est en moyenne de 47 minutes</p>
		Suivi du diabète 1ère consultations	57	
		Suivi du diabète consult. suiv.	50	
		Autom. Tensionnelle 1ère consult.	26	
		Autom. Tensionnelle consult. suiv.	22	
		Dépistage cancer du sein	16	
		Dépistage cancer du colon	17	
		Dépistage cancer col de l'utérus	17	
		Dépistage des troubles cognitifs	55	
		Autres	46	
		Mixte	47	
		Moyenne historiques France		
	Nombre d'actes dérogatoires réalisés	Total	2583	<p>La moyenne du nombre d'exams pris en charge par mois par le délégué évolue à la hausse.</p> <p>12% des consultations de janvier 2015 ont donné lieu</p>
		dont spirométries	411	
		dont Troubles cognitif	15	

		<table border="1"> <tr> <td>dont ECG</td> <td>421</td> </tr> <tr> <td>dont examen du pied</td> <td>116</td> </tr> <tr> <td>dont monofilament</td> <td>803</td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td>817</td> </tr> </table> <p>Total Poitou Charentes depuis le 01/02/2013</p>	dont ECG	421	dont examen du pied	116	dont monofilament	803	Autres	817	à la réalisation d'un acte dérogatoire
dont ECG	421										
dont examen du pied	116										
dont monofilament	803										
Autres	817										
	Taux de refus	Pour les cabinets les plus anciens, au moins 10 % des patients environ n'accepteront pas la prise en charge en équipe MG – IDE ; également il peut arriver des patients spontanément équilibrés ne justifient pas de mesures d'accompagnement complémentaires	Il n'y a pas de refus « franc » identifié, dans la mesure où un MG évitera de proposer à un patient dont il pressent le refus ; sachant que ce refus présumé n'est pas définitif ;								
	Taux de sortie	NA	En tant que tel il ne s'agit pas de sortie, mais plutôt d'espacement des consultations, soit parce que l'état de la personne le permet, soit parce que c'est son souhait.								
Indicateurs de qualité et de sécurité des soins	Taux d'alerte justifié	NA	Les réunions régulières et formalisées de concertation déléguant/délégué sont faites pour étudier les dossiers posant des difficultés et permettent un traitement en amont et au fil de l'eau des cas patients.								
	Nombre de reprise d'examen	Pas de cas identifié									

Indicateur de satisfaction	Taux de satisfaction des Patients	Par ordre décroissant de notation sur 20, les assertions les mieux notées sont les suivantes (source 2009 qui sont encore valides)	Les enquêtes de satisfaction-patients montrent une très bonne adhésion aux échanges avec les déléguées avec une notation moyenne de 18.2/20 des 13 assertions ci-contre.	
		Allez-vous suivre les conseils que l'infirmière vous a donnés		19.4
		Voulez-vous revoir l'infirmière		19.0
		Je me suis senti parfaitement à l'aise avec l'infirmière		19.0
		L'infirmière a pris tout son temps pour m'écouter		18.9
		Vous sentez-vous plus concerné par votre santé		18.5
		Etes-vous satisfait de cette consultation		18.4
		L'infirmière m'a donné des conseils alimentaires très satisfaisant		18.3
		La qualité des conseils qu'elle m'a donnés est très bonne		18.1
		L'infirmière a répondu à tous mes question		18.0
		J'ai compris tous les conseils que l'infirmière m'a donnés		17.8
		L'infirmière m'a donné des conseils alimentaires très satisfaisant pour adapter mon mode de vie à ma santé		17.8
		L'infirmière m'a donné des conseils parfaitement réalisables dans mon quotidien		17.6
		L'infirmière m'a donné des informations que j'ignorais		17.1
	Moyenne générale	18.2		
	Taux de satisfaction des déléguants	L'évaluation des pratiques professionnelles montre une forte satisfaction sur les processus et résultats. Il y a un cas d'arrêt de cabinet pour une raison indépendante d'ASALEE (séparation des MG) en 2006, qui va reprendre en 2015 ; et un cas d'arrêt à l'initiative d'ASALEE, le MG ne respectant pas le cahier des charges (soit 1/77 = 1.3 %)	La formalisation des réunions de concertation déléguant/délégué et le support ASALEE visent à anticiper les difficultés ainsi que des critères d'admission resserrés.	
	Taux de satisfaction des Délégués	L'activité ASALEE dérogatoire est jugée épanouissante, pourvu qu'elle soit pleinement réalisée. Sur 52 IDE depuis l'origine : 1 exclusion pour non-respect de cahier des charges, 3 départs en retraite, 4 mutations familiales, 5 retours à l'exercice	La formalisation des réunions de concertation déléguant/délégué et le support ASALEE visent à anticiper les difficultés ainsi que des critères d'admission resserrés.	

Tableau 11-4 – b –indicateurs de suivi - grille du protocole autorisé initialement

1) Indicateurs proposés pour mesurer les résultats médicaux attendus pour les patients
Les indicateurs médicaux sont présentés pour chacun des protocoles dans les annexes. on cite ici les principaux (au sens statistique). L'expérience d'ASALEE dans le passé, attestée par les deux évaluations quantitatives, ayant montré qu'un indicateur principal bien choisi était le plus efficient, en terme d'interprétation, pour l'évaluation. Et dans une certaine mesure, devenant critère de jugement principal.
pour le dépistage du diabète : nombre de patients dépistés annuellement rapportés au nombre de patients inscrit au dispositif médecin traitant du cabinet
pour le suivi du diabète : taux de patients des différents catégories d'Hémoglobine glycosylée ou glyquée, HbA1c, (inférieur à 6,5, entre 6,5 et 8, supérieur à 8); évolution de cette répartition; évolution de l'HbA1c après 1, 2 et 3 consultations infirmière. HbA1c est l'indicateur principal. De nombreux indicateurs secondaires sont disponibles : indice de masse corporelle, poids, ldl-cholestérol, etc.
pour le suivi des patients à Risques CardioVasculaire : taux de patients des différentes catégorie de tension (140/90, etc...) et évolution de la répartition de ce taux. mesure du risque cardio-vasculaire absolu selon l'équation de Framingham, évolution de ce risque par patient. Tension et Risque CardioVasculaire sont les indicateurs principaux. De nombreux indicateurs secondaires sont également disponibles : indice de masse corporelle, poids, ldl-cholestérol, etc.
pour le suivi des patients BPCO : taux de patients ayant arrêté de fumer; évolution des rapports VEMS/CV
pour le repérage des troubles cognitifs : taux de patients diagnostiqués positifs, taux de patients envoyés à des consultations géronto et pour lesquels le médecin pourrait remettre en cause l'affectation (patient "faux positif")

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

<p>Obligatoire : La formation théorique a-t-elle été réalisée conformément au programme prévu. Si non, pourquoi ?</p>	<p>Cet indicateur est retenu, avec également taux de délégué ayant satisfait et ayant validé la formation</p>
<p>Obligatoire : La formation pratique a-t-elle été réalisée conformément au programme prévu. Si non, pourquoi ?</p>	<p>Cet indicateur est retenu, avec également taux de délégué ayant satisfait et ayant validé la formation</p>
<p>Obligatoire : La durée prévue a-t-elle été modifiée. Si oui, pourquoi ?</p>	<p>Cet indicateur est retenu</p>
<p>Obligatoire : L'expérience professionnelle prévue dans la spécialité concernée était-elle adaptée. Si non, pourquoi ?</p>	<p>Cet indicateur est retenu</p>
<p>Obligatoire : Expliquer les modalités en œuvre pour le développement professionnel continu</p>	<p>Indicateur est retenu. Il est à noter que le programme ASALEE a été retenue en DPC 2012</p>
<p>Autre(s) indicateur(s) pour mesurer la satisfaction des acteurs :</p>	<p>La satisfaction des acteurs est également par un questionnaire inspiré par le service d'évaluation des pratiques de la Haute Autorité de santé. Ce questionnaire a été éprouvé à l'occasion d'Evaluation des Pratiques Professionnelles des médecins ASALEE.</p> <p>Les questions administrées sont les suivantes : / 1 - A quel stade vous êtes-vous impliqué dans ce programme ? Initiation de la démarche / Conception du projet / Recueil des données / Analyse des données / Mise en oeuvre d'actions d'amélioration / Suivi des améliorations : réponse oui-non avec commentaire / 2 - Qu'est ce que ce programme vous a apporté : En terme d'amélioration des pratiques professionnelles ? / En terme d'amélioration de l'organisation des soins ? / En terme d'utilité pour le patient ? / 3 - Quels sont vos principaux points de satisfaction ? / 4 - Quelles sont les principales difficultés rencontrées ? / 5 - Avez-vous repéré des améliorations possibles d'ASALEE ? Lesquelles ? Comment ?</p> <p>Taux de professionnels entrants dans le protocole de coopération et taux de professionnels sortants du protocole de coopération, avec périodicité</p>

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 :

Il serait proposé, sur une période donnée (3 mois) d'administrer pour tous les patients bénéficiant du protocole une enquête de satisfaction permettant de coter selon 5 niveaux de satisfaction, 13 questions; Ce questionnaire ayant été validé par un expert de la Haute Autorité de santé lors de deux campagnes de satisfaction 2007 et 2009.

Les 13 questions sont les suivantes : a. L'infirmière m'a donné des conseils alimentaires très satisfaisants / b - l'infirmière m'a donné des conseils très satisfaisants pour adapter mon mode de vie à ma santé /c. L'infirmière m'a donné des conseils parfaitement réalisables dans mon quotidien /d. J'ai compris tous les conseils que l'infirmière m'a donnés /e. La qualité des conseils qu'elle m'a donnés est très bonne /f. L'infirmière a répondu à toutes mes questions /g. L'infirmière m'a donné des informations que j'ignorais /h. L'infirmière a pris tout son temps pour m'écouter /i. Je me suis senti parfaitement à l'aise avec l'infirmière /Les 5 niveaux de cotation pour ces questions sont les suivants : * 1 Pas du tout d'accord ;* 2 Pas vraiment d'accord;* 3 Plutôt d'accord ;* 4 D'accord; * 5 Tout à fait d'accord / puis / j. Etes vous satisfait(e) de cette consultation ? 1 Pas du tout satisfait 2 Pas vraiment 3 Plutôt satisfait 4 Satisfait 5 Tout à fait satisfait / k. Allez-vous suivre les conseils que l'infirmière vous a donnés ? 1 Certainement pas 2 Probablement pas 3 Oui, probablement ; 4 Oui, certainement 5 Ne sais pas / l. Vous sentez-vous plus concerné par votre santé ? 1 Pas du tout 2 Pas vraiment 3 Plutôt 4 Oui 5 Tout à fait / m. Voulez-vous revoir l'infirmière ? 1 Certainement pas 2 Probablement pas 3 Oui, probablement 4 Oui, certainement 5 Ne sais pas

Sont retenus comme indicateurs : taux de participation au questionnaire et taux de retours des questionnaires et taux de satisfaction globale (moyenne) des patients / Taux de refus des patients d'entrer dans le protocole de coopération et taux de patients sortants au terme de la première année/ taux de patients vus dans le cadre du protocole de coopération par rapport au nombre de patients prévus dans le protocole de coopération

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

Les indicateurs d'impact organisationnels sont mentionnés ci-dessous, certains d'entre eux touchant à la fois organisation & qualité-sécurité, ils ont été ici réunis.

Nombre de professionnels de santé ayant adhéré au protocole de coopération sur le nombre de professionnels potentiellement concernés dans le cabinet médical

Nombre de patients sortis du protocole de coopération pour une prise en charge uniquement par le délégant sur le nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération

Nombre de patients vus dans le cadre du protocole de coopération par rapport au nombre de patients prévus dans le protocole de coopération - taux de patients réellement suivis par période (3 mois) / patients éligibles à cette fréquence de suivi

Nombre d'actes de soins réalisés par rapport aux nombre d'actes de soins initialement prévus dans le cadre du protocole de coopération - Taux d'actes réalisés par le délégué et la durée de réalisation de l'acte par le délégué

Taux d'examen réalisés par le délégué, à partir de la cible estimée pour chaque protocole selon la périodicité donnée pour chaque protocole

Délai d'obtention d'un rendez-vous pour une consultation depuis la coopération par rapport au délai avant la coopération - taux de patients ayant un délai d'obtention de rendez vous avec le délégué analogue à celui obtenu avec le délégant

Taux de recours du délégué au délégant selon les critères d'alerte de chaque protocole en précisant les critères d'alerte - Nombre d'alerte(s) non pertinente(s) du délégant par le délégué sur le nombre d'alertes total

Délai d'intervention du délégant après alerte du délégué - Taux de suivi de faux négatif (Valeur prédictive négative)

Nombre de réunions réalisées pour l'analyse des pratiques professionnelles sur le nombre de réunions prévues dans le cadre du protocole de coopération -

Nombre de compte-rendu(s) réalisé(s) lors des réunions d'analyse des pratiques professionnelles par rapport au nombre de réunion tenues dans le cadre du protocole de coopération - Nombre de réunions d'analyse des EI/an, nombre et type d'EI signalés et analysés/an, et nombre d'actions correctives mises en place/an

Nombre d'examen réalisés par le délégant pour corriger une mauvaise réalisation de l'acte(s) ou de l'activité(s) par le délégué sur le nombre d'acte(s) ou d'activité(s) réalisé par le délégué

Temps (en unité de temps) consacré aux patients dans le cadre du protocole de coopération par rapport au temps consacré au patient avant la coopération

Temps gagné en unité de temps par le délégant dans le cadre du protocole de coopération par rapport au gain estimé

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

L'indicateur économique principal, selon la recommandation de l'évaluateur externe ayant déjà réalisé une évaluation économique dans le passé sera de comparer :* la consommation de soins de la patientèle du cabinet, tous patient confondus, à laquelle sera ajouté le coût supplémentaire de la prise en charge avec le présent protocole AVEC * la consommation de soins d'une patientèle du même territoire, statistiquement comparable, mais ne bénéficiant pas de la prise en charge avec le présent protocole. Consommation de soins = somme des actes, produits, prestations hospitalières, ambulatoires, etc.... Pour que cette comparaison soit statistiquement significative, elle sera faite en avant/après, ici/ailleurs, et, dans la mesure où cela est accepté par le groupe d'instruction, en consolidant toutes les patientèles des cabinets inscrites au protocole, sur une période d'au moins 2 ans, pour mesurer la tenue dans le temps de l'effet présumé d'un exercice ASALEE.

En l'état actuel par exemple, 110.000 dossiers patients sont enregistrés dans le système ASALEE auprès des plus de 60 implantations dont une majorité réside en Poitou-Charentes. Ce qui permet d'avoir, sur le plan global, des mesures statistiquement significatives.

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

Nous envisageons les critères suivants comme décidant de la fin de l'application du protocole de coopération :

- * souhait du patient de ne plus voir d'infirmière; en ce cas le protocole s'arrête, mais pour ce patient
- * perte de confiance entre professionnels (médecin - infirmière); en ce cas, le protocole s'arrête pour le cabinet;
- * évolution de la nature de la prise en charge liée à la connaissance médicale qui induirait un déplacement naturel de responsabilité (et de nature d'actes par la loi); en ce cas c'est un cadre extérieur qui viendrait arrêter l'exercice ici présenté.

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

Arrêt des services ASALEE tels que décrits dans le présent protocole compte tenu du caractère central de la coopération dans l'exercice ASALEE demandé
Et

Retour à la forme d'exercice actuelle, mais donc sans cette dimension de coopération.

ANNEXE 12 - PROTOCOLES CONCERNANT L'ÉCHOGRAPHIE

Tableau 12-1 – protocole intitulé « *Protocole de coopération autorisé entre médecins radiologues ou nucléaires et manipulateurs d'électroradiologie médicale (ERM) formés à l'échographie, exerçant au minimum 50 % de leur temps de travail dans ce domaine.* »

Région	PC	Mot clef du PC	Date de l'Arrêté	Date d'Adhésion	Date de Mise en œuvre	2014	2015	2016	Délégué	Délégant
AQUITAINE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	12/09/2013		1	1		1	1
BRETAGNE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012			1	1		3	9
CENTRE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	05/12/2013		1	1		6	9
LORRAINE	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	déc-13		1	1		11	25
POITOU	PC_016	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	15/05/2012	01/07/2013		1	1		1	4

Tableau 12-2 - protocole intitulé « *Réalisation d'échocardiographie par un professionnel non médecin* »

Région	PC	Mot clef du PC	Date de l'Arrêté	Date d'Adhésion	Date de Mise en œuvre	2014	2015	2016	Délégué	Délégant
BRETAGNE	PC_023	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	11/06/2012			1	1		2	1
HAUTE N	PC_006	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	12/09/2011			1	1		11	21
LORRAINE	PC_023	ECHOGRAPHIE RADIOLOGIE	11/06/2012			1	1		1	2

Tableau 12-3 – indicateurs de suivi du protocole

Indicateurs	Lorraine	Bretagne	Poitou Charentes	Aquitaine	Centre
Effectifs	7 radiologues 7 MERM 6645 patients	8 radiologues 2 MERM 1770 patients ; une seule équipe sur trois est éligible à l'évaluation	4 radiologues 1 MERM 899 patients	1 radiologue 1 MERM; 574 patients	7 radiologues 5 MERM 1387 patients
Part d'activité	98%	greffon : 5% hospitalisés 14% externes vasculaire périphérique : 78% hospitalisés 19% externes	en hausse de 62% en janvier 2014 à 100 en décembre	15%	18,73%
Délai de RDV	7 jours externes 2 jours hospitalisés	les délais entre 2 et 5 jours sauf 20 jours en décembre en raison d'un arrêt maladie d'un MERM; les demandes urgentes étaient honorées en 48h			6,90 jours malgré une augmentation des demandes
EI	0	programmation d'examens non destinés aux manipulateurs ; absence de médecins délégant; réalisation d'un examen non protocolé	0	0	2 EI : erreur lors de la prise en charge du patient lié à l'identité vigilance; panne d'archivage des images
Taux d'EI donnant des actions d'amélioration		Tous les EI sont traités en CREX: groupe d'analyse des causes profondes mis en place pour la programmation des examens; rajout d'un médecin délégant; écriture d'un protocole spécifique de bilan Fistule artériovéineuse			les EI sont traités dans la cellule qualité Labeli
Taux d'alerte	Elevée mais ambiguïté sur la définition de l'alerte	4%		10%	81%
taux d'alerte non pertinente	0	10% correspond à l'activité greffon nouvelle pour les MERM	0		
Taux de reprises	0,20%	4%			9,29%
Délai d'intervention après alerte		8mn 24 sec			6mn 72sec
Temps médical gagné		difficile à évaluer la pratique des échos doppler par les MERM préexistait	491 heures par an		1h20 par jour

Taux de satisfaction patients	99,50%	prévu en 2015	non réalisé	non réalisé	99%
Taux de satisfaction délégant	100%	prévu en 2015	2,5 sur une échelle de 3	100%	85,7% besoin d'ajustement dans la mise en œuvre
Taux de satisfaction délégués	100%	prévu en 2015	2,75 /3	100%;	100%
Succès DIU		100% un 5ième est en formation			100%
Taux d'adhésion patients	100%	91% adhèrent le reste concernent les patients confus, inconscients intubés, ne parlant pas français	96% accord difficile à obtenir si AVC; un refus		un refus
Variation du coût moyen		coût moyen d'un radiologue : 128375 euros coût moyen d'un manipulateur : 48728 euros			
Commentaires	La définition du terme alerte n'est pas claire Instabilité et réduction d'effectif de l'équipe médicale Absence de perspective d'évolution de carrière des MERM	Le suivi des indicateurs s'avère chronophage ; difficulté de disponibilité pour la validation des comptes rendus; la délégation est forte en vasculaire périphérique, l'activité greffon de rein se met en place peu à peu		en l'absence du radiologue l'activité ne peut être réalisée; un autre indicateur : le taux de satisfaction des médecins prescripteurs	
Perspectives	Gérer l'adhésion au niveau collectif et non individuelle reconnaissance du métier d'échographiste extension du protocole sur un volet télé radiologie				

Tableau 12-4 – résultats des mises en oeuvre

	Bretagne	Lorraine
Effectifs	1 délégrant 2 délégués	2 délégrants 1 délégué
EI	0	
Part d'activité lié au protocole	892 Echographies dans l'année; 262 échoscopies au lit du malade	300 échographies ; tous les examens sont revus par les délégrants
Taux d'adhésion patients	100%	
Taux de reprise	0,11%	
Taux de succès au DIU	100%	
Commentaires	chaque examen fait l'objet d'une information écrite au patient, sauvegarde numérique; validation par cardiologue	L'IDE ne fait des échographies que deux demi-journées par semaine ce qui limite la file active

ANNEXE 13 - FILIÈRE OPHTALMIQUE

Tableau 13-1 – protocole intitulé « *Protocole de coopération entre ophtalmologiste et orthoptiste : transfert par l'ophtalmologiste de la prescription médicale des actes dispensés par l'orthoptiste* »

Région	PC	Mot clef du PC	Date de l'Arrêté	Date d'Adhésion	Date de Mise en œuvre	2014	2015	2016	Délégué	Délégant
BRETAGNE	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012			1	1		2	2
LA REUNION	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012			1	1		5	2
PACA	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012			1			3	1
PAYS DE L	PC_052	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013			1	1		11	3
PAYS DE L	PC_053	OPHTALMOLOGIE	09/09/2013			1	1		11	3
POITOU	PC_020	OPHTALMOLOGIE	26/07/2012	20/02/2013		1	1		2	2

Tableau 13-2 - protocole intitulé « *Prélèvements de cornées dans le cadre de prélèvements de tissus et / ou de prélèvements multi organes* »

Région	PC	Mot clef du PC	Date de l'Arrêté	Date d'Adhésion	Date de Mise en œuvre	2014	2015	2016	Délégué	Délégant
BOURGOGNE	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013	08/02/2013	31/07/2013	1	1	1	3	3
BRETAGNE	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013			1	1		3	5
PACA	PC_043	GREFFE OPHTALMOLOGIE	08/02/2013			1	1		4	3

Tableau 13-3 - protocoles ayant un avis favorable HAS

ARS initiale	Titre	Lieux de mise en œuvre	Délégant	Délegué	ARS ayant autorisé le PC	Date avis HAS
BOURGOGNE	Dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique	Examens réalisés dans un camion aménagé	OPHTALMOLOGISTE	ORTHOPTISTE	ÎLE DE FRANCE ALSACE LORRAINE	5/10/2011
MARTINIQUE	Protocole de coopération entre d'une part les orthoptistes et les infirmières (délégué) et d'autre part les ophtalmologistes exerçant en mode libéral (délégants) pour la mise en place d'une consultation de dépistage de la rétinopathie diabétique via télésurveillance.	CABINET MEDICAL	OPHTALMOLOGISTE	ORTHOPTISTE INFIRMIER		7/12/2011
NORD PAS DE CALAIS	Protocole de coopération entre ophtalmologistes et orthoptiste : transfert par l'ophtalmologiste de la prescription médicale des actes dispensés par l'orthoptiste	CABINET MEDICAL	OPHTALMOLOGISTE	ORTHOPTISTE	ÎLE DE FRANCE HAUTE-NORMANDIE BRETAGNE PACA OCEAN INDIEN RHÔNE-ALPES AUVERGNE ALSACE BASSE-NORMANDIE LORRAINE	8/3/2012

PAYS DE LA LOIRE	Réalisation de photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique par un(e) orthoptiste et/ou infirmier(e) en lieu et place d'un ophtalmologiste	CABINET MEDICAL	OPHTALMOLOGISTE	ORTHOPTISTE INFIRMIER	ÎLE DE FRANCE ALSACE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE NORD PAS DE CALAIS	6/3/2013
PAYS DE LA LOIRE	Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans	CABINET MEDICAL	OPHTALMOLOGISTE	ORTHOPTISTE	BOURGOGNE MIDI-PYRENEES ALSACE LORRAINE ÎLE DE FRANCE	6/3/2013
PAYS DE LA LOIRE	Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans	CABINET MEDICAL	OPHTALMOLOGISTE	ORTHOPTISTE	MIDI-PYRENEES LORRAINE ALSACE ÎLE DE FRANCE BOURGOGNE CENTRE	6/3/2013
HAUTE NORMANDIE	Réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation optiques chez les adultes de 16 à 50 ans et analysé via télé-médecine	CABINET OU SERVICE D'OPHTALMOLOGIE	OPHTALMOLOGISTE	ORTHOPTISTE		12/12/2015
HAUTE NORMANDIE	Réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les enfants de 6 à 15 ans et analysé via télé-médecine par un ophtalmologiste	CABINET OU SERVICE D'OPHTALMOLOGIE	OPHTALMOLOGISTE	ORTHOPTISTE		12/12/2015

Tableau 13-4 - Protocoles ayant un avis défavorable

ARS initiale	Titre	Lieux de mise en œuvre	Délégant	Délegué	Arguments
ILE DE FRANCE	"Réalisation d'une réfraction subjective par un opticien en EHPAD, en lieu et place d'un ophtalmologiste"	Groupe KORIAN - EHPAD	OPHTALMOLOGISTE	OPTICIEN	Rapport Bénéfices / Risques insuffisant . Il peut en résulter une perte de chance chez ces patients D'autres réponses sont actuellement envisagées par l'académie Française d'ophtalmologie
AUVERGNE	Réalisation d'examens de dépistage ophtalmologique par une orthoptiste - Dr Bonnet	CABINET RESEAU, POLE et MAISON DE SANTE ES, CENTRE DE SANTE HAD	OPHTALMOLOGISTE	ORTHOPTISTE	Risque de perte de chance pour le patient, Non-respect des recommandations actuelles en termes de suivi par un ophtalmologiste
AUVERGNE	Protocole de coopération entre professionnels de la santé oculaire au Puy en Velay et en Haute Loire (43) - Dr Pey	CABINET MEDICAL CHR	OPHTALMOLOGISTE	ORTHOPTISTE	Risque de perte de chance pour le patient, Non-respect des recommandations actuelles en termes de suivi par un ophtalmologiste
AUVERGNE	Extension de la période de renouvellement de verres correcteurs par un opticien, après un premier équipement prescrit par un ophtalmologiste, de 3 ans à 5 ans - Dr Bonnet	CABINET MEDICAL	OPHTALMOLOGISTE	OPTICIEN	Risques de perte de chance pour le patient que les procédures de gestion des risques n'envisagent pas. Pas de recommandation

					sur laquelle se reposer concernant la prescription au-delà de 3 ans par un opticien complexité de l'arbre décisionnel proposé ne permettant pas d'apporter une garantie de qualité et de sécurité suffisante.
--	--	--	--	--	---

Tableau 13-5 - résultats des mises en œuvre - « Transfert par l'ophtalmologiste de la prescription médicale des actes dispensés par l'orthoptiste »

Indicateurs	Bretagne	Poitou Charentes	La Réunion	PACA
Effectifs	Une équipe à Lannion : 1 délégué 2 orthoptistes 2 ans d'expérience doubles box de consultation en binôme, et une salle d'appareils d'examens spécifiques destinée à chacun des associés	2 délégués 2 délégués	2délégués 4 délégués Dans un cabinet libéral	Un délégué 3 délégués
Part d'activité	Pas de chiffres de part d'activité Une partie des consultations restent en direct vers l'ophtalmologiste Presque tous les patients ont un entretien avec l'ophtalmologiste qui explique les données de l'examen et analyse l'ensemble du dossier en leur présence, et valide l'ordonnance	Sur un an : Une équipe 8000 patients, 189 actes facturés par l'orthoptiste Autre équipe 3000 patients, 24 actes facturés Mais 90% des actes sont délégués sauf les urgences	Le nombre de patients inclus dans le protocole représente 50% de la totalité de patients vus par le centre médical ce qui représente 40 patients par jour en moyenne (20 le matin et 20 l'après-midi). Les patients non inclus dans le protocole sont les patients relevant des situations suivantes : les urgences, les contrôles post-urgence de moins de 6 mois, les résultats d'examens (IRM, scanner)	Sur un an: 18 192 patients traités Actes délégués : 12 461 soit 60% Par orthoptiste : 4 153
Délai de RDV	Il est de 3 mois environ, voire moins dans certains cas, inférieur à 6 mois ce qui n'était pas le cas auparavant		Pour les patients concernés dans le cadre de diabète ou d'hypertension, l'ensemble des examens sont réalisés le jour même de la consultation sans	Amélioration de la prise de rendez-vous, délai d'attente très réduit

			<p>rendez-vous ultérieur.</p> <p>Réduction des délais d'attente pour un examen sous cycloplégique pour les enfants à 1 voire à 2 semaines maximum par rapport à au moins 1 mois avant la mise en place du protocole.</p> <p>Diminution des délais d'attente pour un premier rendez-vous de consultation de 6 mois à 2 mois.</p> <p>Diminution des délais en salle d'attente avec une prise en charge rapide des patients par les orthoptistes. Augmentation de l'amplitude des plages horaires des temps de consultation avec une ouverture le samedi matin</p>	
EI	Aucun retour pour équipement optique erroné	0%	<p>Pas d'événements indésirables signalés. Ce qui peut s'expliquer par le fait que :</p> <p>Les examens et actes pratiqués par les orthoptistes sont prévus dans leur champ de compétence, Ces professionnels sont formés à ces pratiques,</p> <p>Aucun acte invasif n'est pratiqué diminuant le risque pour le patient</p>	0,5% refus du patient
Taux d'EI donnant des actions d'amélioration				développement et amélioration du dialogue patient/ secrétariat et professionnel de santé
Taux d'alerte	Tous les dossiers sont examinés par le médecin et presque tous les patients rencontrent l'ophtalmologiste. Cependant l'orthoptiste observe avec attention chaque dossier et alerte le médecin en cas d'anomalie.	Tous les patients sont vus par l'ophtalmologiste ; L'unité de lieu permet de discuter entre chaque patient si besoin		

1. taux d'alerte non pertinente	2. Très faible en deux ans	3.	4.	5. 3% au début de la prise en place
Taux de reprises	0,2%		La présence de l'ophtalmologiste est effective lors des actes effectués Aucun patient ne quitte le cabinet sans avoir été vu par le médecin Aucun examen n'a nécessité d'être refait par le médecin	
Délai d'intervention après alerte	Dans la plupart des cas une seule visite est suffisante			
Temps médical gagné	les tâches de recueil des données réalisées par l'orthoptiste, ce qui dégage du temps médical de manière très importante. Mais, presque tous les patients ont un entretien avec l'ophtalmologiste qui explique les données de l'examen et analyse l'ensemble du dossier en leur présence, et valide l'ordonnance			
Taux de satisfaction patients	Les patients qui consultent sur le mode du travail en coopération ont la chance de moins attendre dans la salle d'attente car l'orthoptiste n'est jamais dérangé par des urgences ou des cas semblant trop compliqués, ce qui d'habitude décale les horaires. Cependant, en cas de dépistage d'une anomalie importante, le patient aura à attendre un deuxième examen plus approfondi par le médecin, mais qui sera fait dans la foulée et évite un deuxième déplacement.		Une enquête de satisfaction a été mise en place et se trouve à disposition dans la salle d'attente : elle est peu complétée mais ceux qui la remplissent sont satisfaits de leur prise en charge rapide et plus attentionnée. La consultation se décompose ainsi : 15 à 20 minutes pour l'orthoptiste et 10 minutes pour le médecin	98%
Taux de satisfaction déléguant	Non renseigné	Gain de temps (<i>une évaluation quantitative est demandée</i>)	Plus de confort moins de stress, rapport au patient plus détendu, plus de temps pour l'aspect pathologique et la prévention (<i>une évaluation quantitative est</i>	100%

			<i>demandée)</i>	
Taux de satisfaction délégués	Les compétences sont utilisées plus intensément et le service rendu au patient apparaît important Le métier devient plus valorisant. Les contacts et les échanges professionnels sont enrichissants. Il y a un sentiment de progrès.		Intérêt d'une patientèle différenciée Temps de parole et d'échange plus important avec le patient Amélioration des compétences professionnelles Capacité d'exercer en pluridisciplinarité l'ensemble de leur champ de compétence	100%
Taux d'adhésion patients				0,5% de refus
Commentaires	Amélioration de la Q des soins : L'examen et le recueil des données par l'orthoptiste dure 20 à 30 minutes, le dossier patient qui est mieux renseigné. Des rétino photos (rétinographie non mydriatique) sont systématiquement faites ce qui nous permet de mieux suivre les pathologies. Les personnes diabétiques sont systématiquement dilatées et un FO est pratiqué par l'ophtalmologiste. Les connaissances du délégué s'affinent au cours du temps, mais il reste dans son rôle.	Manque la nomenclature Points positifs : Possibilité de travailler en binôme libéral/libéral Difficultés rencontrées : Cotations inadaptées donc peu utilisées, bilan de l'orthoptiste trop long	Accord commun des professionnels sur une meilleure connaissance réciproque : les échanges sont plus riches et le travail est rendu plus intéressant, le décloisonnement des professions est facilité, l'enrichissement professionnel est réciproque Une réunion de suivi est organisée entre les professionnels tous les 1 ^{er} mercredi de chaque mois et les conclusions sont consignées dans un cahier de suivi Un système d'information partagé existe : chaque ordinateur est en réseau et les données saisies sont consultables par chaque professionnel	
Perspectives			Le manque de formations organisées à La Réunion pour les orthoptistes La modalité de communication auprès des patients expliquant le principe du protocole pourrait être optimisé	

--	--	--	--	--

Tableau 13-6 - résultats des mises en œuvre « Prélèvements de cornées dans le cadre de prélèvements de tissus et / ou de prélèvements multi organes »

Indicateurs	PACA	Bourgogne	Bretagne
Effectifs	1 délégrant (ophtalmologue)1 délégué	3 délégués 3 délégrants	1 délégrant en retraite fin juin 2014 remplacé 3 délégués mais deux ont quitté la coordination en avril et l'autre est à mi-temps
Part d'activité	105 patients inclus 85% actes sont délégués	27 donneurs	38 prélèvements (par la Coordination Hospitalière de prélèvements d'organes et de tissus(CHPOT) sur 1362 décès 0,02% inférieur à l'année précédente du à des difficultés de coordination et à des contre-indications médicales et l'âge avancé des patients décédés La part d'activité est de 41%/ de l'ensemble des prélèvements
Taux de greffes de cornées prélevées	96%	77%	90%
Taux de validation des greffons par les banques			66% Malgré la baisse du nombre de cornées prélevées le nombre de greffons validé a été maintenu donc plus de greffons validés in fine
Délai de prélèvement		Diminution du délai de prélèvement	Diminution du délai de prélèvement : 9H30 pour les délégués 11h pour la CHPOT

EI	<p>5 Diagnostic local de la cornée Prélèvement sanguin</p> <p>3 Taches brunes sur la cornée Appel de l'ophtalmologue: 1 cornée cancer de la cornée CI formelle</p> <p>2 impossibilités de prélever du sang prélèvements faits en intra cardiaque</p>	<p>22,22% soit 12 cornées sur 54</p> <p>Les EI correspondent à des non conformités indépendantes et inhérentes à la technique pour la plupart</p> <p>Inférieur aux taux national de 52,50%</p>	<p>Sur 10 un seul prélèvement non conforme mauvaise qualité endothéliale</p>
Taux d'EI donnant des actions d'amélioration	<p>Appel de l'ophtalmologue Appel du médecin responsable de la coordination</p>	<p>5,5% de contamination microbienne : bien réalise l'asepsie en respectant le temps d'installation de la Bétadine OPH ; Ce taux est inférieur aux taux national de 2013 de 7%. A noter pas de contamination m déclaré sur les 11 mois de 2014</p> <p>3 contaminations par champignons : exclure les donneurs ayant des mycoses</p> <p>Mauvaise qualité endothéliale vigilance accrue de l'appréciation des cofacteurs de la qualité de l'endothélium (âge, diabète délai de prélèvement) Prélever le plus tôt possible</p>	<p>la mauvaise qualité endothéliale décelable uniquement au microscope</p> <p>Par ailleurs respect des bonnes pratiques : délai de réfrigération, délai de prélèvement</p>
Nombre de réunions d'équipes pour l'analyse des pratiques			1
Taux d'alerte	5/105 à chaque alerte un médecin a pris en charge le problème	0%	0%
taux d'alerte non pertinente		0%	0%

Taux de reprises			0%
Taux d'analyse collective des alertes			0%
Temps médical gagné			
Taux de satisfaction patients	De la famille 100% Les familles sont soulagées de connaître la personne qui va faire le geste chirurgical Pas de plaintes de la chambre mortuaire gain de temps	Des proches 100% aucune réclamation	Pas de réclamation des proches des patients
Taux de satisfaction délégant	100% dégagement de temps	100%	Satisfait de la formation et du protocole sur des retours de tous les délégués
Taux de satisfaction délégués	100% pas de perte de temps soins pris dans la globalité	100%	Retour 100% mais deux délégués sont sortis du service de la CHPOT en 2014
Succès DIU			
Taux d'adhésion patients	Pas de refus des familles		Pas d'opposition des familles au prélèvement par les délégués
Commentaires	Gain de temps pour les familles, pour la coordination, les ophtalmologues et la chambre funéraire Prise en charge du donneur dans son ensemble	Maintien d'un niveau de prélèvement légèrement supérieur à la moyenne des 7 dernières années malgré des mouvements d'effectifs défavorables Taux de greffe à un bon niveau comparable à celui de la banque sur la première année de mise en œuvre du protocole mais en progression significative sur l'ensemble de l'année 2014 Une fiche spécifique pour chaque prélèvement, par préleveur est tenue à jour avec comparatif avec	

		d'autres centres	
--	--	------------------	--

ANNEXE 14 - PROTOCOLES MIS EN ŒUVRE DANS UNE SEULE RÉGION

Région	PC	Mot clef du PC	Date de l'Arrêté	Date d'Adhésion	Date de Mise en œuvre	2014	2015	2016	Délégué	Délégant
HAUTE N	PC_005	UROLOGIE	28/11/2011			1	1		3	10
I D F	PC_008	ONCOLOGIE	28/12/2012			1	1		4	7
PACA	PC_004	HEMATOLOGIE ONCOLOGIE	13/07/2011			1			5	16
PAYS DE L	PC_014	ONCOLOGIE	05/09/2013			1	1		6	2
RHÔNE A	PC_001	HEPATITE GASTRO-ENTEROLOGIE	10/11/2011		en arrêt	1			1	1

ANNEXE 15 - CRITÈRES D'EXTENSION D'UN PROTOCOLE DE COOPÉRATION

Critères d'extension d'un protocole de coopération		S*	NS
1	Le protocole de coopération maintient ou optimise l'efficacité clinique de la prise en charge du patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Les risques inhérents à la réalisation par le délégué, de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s), ou résultant de la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient, sont maîtrisés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	La réorganisation des pratiques, résultant de la dérogation aux conditions légales d'exercice, optimise le parcours de soins du patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Le protocole de coopération mis en œuvre est pertinent et efficient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	La formation théorique et la formation pratique suivies par les professionnels de santé permettent l'acquisition des compétences nécessaires à la mise en œuvre du protocole de coopération.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	La satisfaction des patients, pris en charge dans le cadre du protocole de coopération, est positive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Le protocole de coopération est de nature à faire évoluer le métier du délégué et/ou du délégant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	La qualité des soins décrite dans le protocole de coopération permet des pratiques professionnelles optimales pour les acteurs concernés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critères optionnels			
9	La mise en œuvre du protocole de coopération respecte la déontologie ou les règles professionnelles des professions concernées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Des professionnels de santé adhèrent à ce protocole de coopération dans au moins X régions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Au moins X professionnels de santé adhèrent à ce protocole de coopération.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Des expériences équivalentes sont documentées en France et/ou à l'étranger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr