

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

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

~

- « Art. L. 4011-1 du CSP – Par dérogation, les professionnels de santé (inscrits à l'article L. 4011-1 du code d publique) peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer
- des transferts d'activités ;
 - ou d'actes de soins ;
 - ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient. »

À LIRE IMPÉRATIVEMENT AVANT DE REMPLIR LA GRILLE

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

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

* www.has-sante.fr.

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

MODE OPÉRATEUR

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

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

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

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

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

Région : A - H / POITOU-CHARENTES

Date de création :

17/03/2011

Items	Réponses :
<i>Besoin de santé régional auquel répond ce protocole de coopération</i>	Les besoins de santé régionaux auxquels répond ce protocole de coopération sont : 1 - améliorer la qualité des soins de premier recours, en particulier les maladies chroniques; 2 - répondre aux tensions toujours plus aigües sur la démographie médicale; 3 - se maintenir dans un cadre d'efficience des nouvelles organisations ou de nouveaux protocoles.
<i>Intitulé du protocole de coopération</i>	"ASALEE" : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des "professionnels de santé" sur le territoire concerné
<i>Caractéristiques des patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération</i>	Ce sont des patients dont un des médecins du cabinet médical est médecin traitant, et qui correspondent aux critères d'éligibilité de chaque protocole : voir le paragraphe introductif de chacun des protocoles en annexe, qui donne les critères des cohortes selon les pathologies : Diabétiques, Hypertendus, risque cardio-vasculaire, Tabagiques à risque BPCO, Démence de type Alzheimer, Personnes Agées ou Fragiles à domicile, etc...
<i>Liste exhaustive d'acte(s) ou activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i>	Les activités dérogatoires aux conditions légales d'exercice des infirmier(e)s réalisées par le délégué infirmier(e) sont : 1 - 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, réalisation et interprétation des examens des pieds; 2 - suivi du patient à risque cardio vasculaire incluant prescription et réalisation des ECG; 3 - suivi du patient tabagique à risque BPCO incluant prescription, réalisation et interprétation de la spirométrie; 4 - consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées;
<i>Nature de la dérogation (plusieurs réponses possibles)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée diagnostique avec ou sans interprétation <input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée thérapeutique avec ou sans interprétation <input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée préventive, préciser : <input checked="" type="checkbox"/> dépistage, <input type="checkbox"/> vaccination, autres : <input checked="" type="checkbox"/> Interprétation d'un examen <input checked="" type="checkbox"/> Prescription <input type="checkbox"/> Autres, préciser :
<i>Lieu de mise en œuvre du protocole de coopération</i>	Il s'agit de tous les cabinets actuels et futurs "ASALEE" de Poitou-Charentes, et des autres régions intéressées, représentés ici par un des leurs, le cabinet médical de Châtillon-sur-Thouet, dans les Deux-Sèvres (79). Le domicile de certains patients est également un des lieux d'exercice de la coopération (au sens large du terme incluant foyer logement) pour le protocole de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire

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

II. – INTITULÉ DU PROTOCOLE

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

"ASALEE" : un travail en équipe constituée d'infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle et de médecins généralistes Mots Clés : Démographie Médicale, Maladie Chronique, Dépistage et Suivi du Diabète de Type 2, HyperTension Artérielle, Suivi du patient à Risque Cardio-Vasculaire, Tabagiques à risque BPCO, Démence de type Alzheimer;

Cadre réservé à la HAS

Thème du protocole

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

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE

A) Justification de la demande

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

Le présent protocole de coopération répond à un triple besoin Régional (source - panorama de la santé en Poitou-Charentes - ORS - 2010)

1 - comme certaines autres régions, le Poitou-Charentes est marqué par une démographie médicale inégale. Le département des Deux-Sèvres (79) est, des quatre départements de la région, le moins doté. D'après les travaux de la mission régionale de santé publiés en 2010, dix zones de Poitou-Charentes seraient « très sous-dotées » soit disposant entre 35 à 79 médecins généralistes libéraux pour 100.000 habitants. (moyenne nationale autour de 100). De plus, les effectifs de professionnels âgés de 55 ans et plus ont connu dans la région une croissance de 327 % chez les généralistes en un peu plus de 10 ans; la situation est de plus en plus tendue notamment en secteurs rural et semi-rural;

2 - l'amélioration du suivi des maladies chroniques, et en particulier du diabète de type 2, des risques cardio-vasculaires et des risques BPCO, dont la prévalence connaît, comme ailleurs, une augmentation significative et croissante dans le temps : on annonce deux fois plus de patients dans certaines de ces catégories de risques d'ici 10 ans; cette population de patients et de "nouveaux patients" a besoin d'être informée, formée, régulièrement suivie. Qu'on puisse, en dehors de phase aigue, lui consacrer du temps...;

3 - le département des Deux-Sèvres est celui qui, en France, présente le "moins" de personnes repérées avec démence de type Alzheimer. Rendre possible un repérage plus systématique des troubles cognitifs est donc un besoin auquel la région doit pouvoir apporter des réponses. Or, il est connu qu'un repérage de troubles cognitifs est une consultation qui est extrêmement chronophage.

Il ressort de cette synthèse des besoins un vif intérêt à ce qui peut permettre de réorganiser en équipe pluri-pluriprofessionnelle la prise en charge des patients, non seulement pour les pathologies évoquées dans le présent protocole, mais, plus généralement et à terme, pour toute la patientèle d'un cabinet devenant par le fait maison de santé..

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

Dans l'intervention de suivi assurée par un(e) infirmier(e), une validation systématique et continue du médecin généraliste altérerait l'efficacité de la prise en charge, lorsque, pour des examens déterminés, l'infirmier(e) formé(e) est en mesure de prescrire, en certains cas de le réaliser, et en certains cas d'assurer une interprétation, de l'examen.

De plus des besoins supplémentaires ont été exposés dans des domaines dans lesquels les médecins généralistes ne disposent pas d'assez de temps pour répondre complètement à la demande de soins : notamment : repérage des troubles cognitifs et proposition et réalisation de spirométrie régulière pour les patients tabagiques.

Dérogatoirement à son décret de compétence, (29 juillet 2004) il est donc demandé que l'infirmier(e) puisse conduire ces actions avec plus d'autonomie.

D'autres protocoles sont également à l'étude qui viendraient constituer de nouvelles étapes de délégation médecins généralistes - infirmière, dans les protocoles de coopération.

En synthèse, la généralisation d'un dispositif comme ASALEE tout en accroissant son efficacité, en particulier dans des territoires sensibles en démographie médicale - mais ASALEE reste efficace ailleurs- doit consacrer l'autonomie pour l'infirmier(e), autonomie à laquelle répond le cadre article 51..

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

① Zone info

Documents / outils / instances pouvant être utilisés ou consultés

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

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement ACTUEL

1) Organisation des professionnels de santé

a) Informations concernant le profil du DÉLÉGANT :

Spécialité	Médecine Générale
Profession du délégant	Médecin
Spécialité pour les infirmier(e)s	<input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> IBODE <input type="checkbox"/> Puéricultrice <input type="checkbox"/> Autres, préciser :
Qualification ordinale (médecin)	médecin généraliste
Mode d'exercice	<input checked="" type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salarié hospitalier <input type="checkbox"/> Salarié non hospitalier
Effectif/discipline du délégant	4 ou 5 médecins généralistes

b) Informations concernant le profil du DÉLÉGUÉ :

Spécialité	
Profession du délégué	Infirmier(e)
Spécialité pour les infirmier(e)s	<input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> IBODE <input type="checkbox"/> Puéricultrice <input checked="" type="checkbox"/> Autres, préciser : délégué(e) à la santé populationnelle
Qualification ordinale (médecin)	
Mode d'exercice	<input checked="" type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salarié hospitalier <input checked="" type="checkbox"/> Salarié non hospitalier
Effectif/discipline du délégué	un(e) infirmier(e) pour 4 ou 5 médecins généralistes

le délégué peut être en exercice salarié ou en exercice libéral : les deux modes ont été éprouvés au cours de la phase pilote. Il peut également intervenir pour plusieurs cabinets, par exemple 2 cabinets de 2 ou 3 médecins généralistes..

① Zone info

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

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement ACTUEL (suite)

1) Organisation des professionnels de santé (suite)

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

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

Dans le cabinet médical qui fait la présente demande, un logiciel de gestion de cabinet est en place et les médecins généralistes y partagent, avec le consentement des patients, les informations des dossiers médicaux.

On doit considérer que c'est une condition de faisabilité pour l'application du présent protocole de coopération que les dossiers médicaux soient informatisés dans le cabinet et accessibles en réseau local, à partir d'un bureau situé dans le cabinet.

Egalement, depuis leur poste de travail, les médecins généralistes peuvent accéder, dans des conditions à l'état de l'art de la sécurité,* à des services disponibles sur Internet.

C'est également une condition de faisabilité pour l'application du présent protocole de coopération, pour le suivi et le contrôle de la bonne application de celui-ci.

Ces accès ont lieu dans le cadre de l'article L110-4 du CSP, et plus particulièrement de la mention définissant les conditions d'accès aux données médicales nominatives en Maison de Santé. Les systèmes d'information (logiciel de gestion de cabinet) et les fichiers d'information médicale nominative sont déclarés à la CNIL.

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

e) L'accès aux soins

La continuité des soins est-elle organisée ? OUI NON

La permanence des soins est-elle organisée ? OUI NON

Quels sont les délais moyens d'obtention d'un rendez-vous ou de prise en charge ? Selon l'urgence, les rendez-vous peuvent être pris dans la journée

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement ACTUEL (suite)

2) Chiffrer la file active de patients

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

Le nombre de patients éligibles du cabinet déposant est de l'ordre de 2200.

La file active de patients du présent protocole est la suivante :

- * 250 patients diabétique de type 2 ;
- * 440 patients à risque cardio-vasculaire, susceptibles de bénéficier de l'ECG;
- * 220 patients Tabagiques à risque BPCO, susceptibles de bénéficier de la spirométrie;
- * 130 patients âgés (plus de 75 ans) susceptibles de bénéficier d'un repérage des troubles cognitifs ;

Ces données sont cohérentes avec une statistique établie sur 6 années d'expérience sur désormais près de 60 implantations ASALEE, dans 10 départements, 5 régions, représentant plus de 110.000 patients.

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

Zone info

**Documents / outils /
instances pouvant être
utilisés ou consultés**

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

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

A) Objectifs du protocole de coopération entre professionnels proposés

1) Information du patient

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

1 - Plusieurs affiches - voir annexe 7 - sont apposées dans le hall d'entrée et les salles d'attente, qui expliquent aux patients ou aux personnes présentes dans le cabinet le fonctionnement du travail en équipe infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle - médecin généraliste et la nature dérogatoire de son exercice dans les 3 dimensions du protocole :

- * suivi du patient diabétique de type 2 incluant rédaction et signature de prescriptions types des examens, prescription et réalisation des ECG, prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds;
- * suivi du patient à risque cardio vasculaire incluant prescription et réalisation des ECG;
- * suivi du patient Tabagique à risque BPCO, incluant prescription, réalisation et interprétation de spirométrie;
- * consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées

Le patient est explicitement invité à signaler sa candidature auprès de l'infirmier(e) ou du médecin pour demander son adhésion à cette forme de prise en charge.

Dans tous les cas, si le patient fait la demande auprès de l'infirmier(e) pour être inclus dans un protocole, l'infirmier(e) en informe systématiquement le médecin.

Cela est également vrai lorsque le patient est déjà suivi dans une des dimensions du protocole (exemple suivi diabète) et qu'il souhaite être inclus dans un autre protocole

L'affiche précise donc la liste des caractéristiques des patients pris en charge ainsi que le détail des activités dérogatoires pratiquées par l'infirmier(e)

2 - Dans la phase de montée en puissance du protocole, c'est en général soit à l'occasion d'un passage au cabinet d'un patient, soit au décours d'une consultation médicale avec un patient éligible, soit à l'occasion d'une rencontre avec l'infirmier(e) pour un autre motif (éducation thérapeutique par exemple), que, estimant que le patient est éligible et possiblement disposé a priori à un suivi par l'infirmier(e), le service est proposé

3 - Cette information est étayée par un document de présentation - voir annexe 8 - rappelant le cadre d'intervention de l'infirmier(e), une synthèse des thèmes traités, les conditions d'accès au protocole, les conditions d'accès aux informations à l'état de l'art, document dont la signature formelle tient lieu de consentement. Ce document de consentement est conservé dans son dossier médical

4 - A tout moment, et sans avoir à donner d'explication, le patient qui a intégré un protocole peut décider de ne plus être suivi pour sa pathologie dans le cadre du protocole dérogatoire, par simple demande à son médecin traitant ou à l'infirmier(e), et être alors suivi comme habituellement par son médecin traitant. Par ailleurs, dès l'information initiale sur le protocole de coopération, le patient peut décider de rester suivi par son médecin traitant comme habituellement.

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

D'une façon générale, les concepteurs du présent protocole visait dans un travail d'équipe médecins généralistes - infirmier(e) un triple objectif :

- (1) l'amélioration de la qualité des soins,
- (2) une contribution à la réorganisation de l'offre de soins dans un contexte de démographie médicale tendue
- (3) une efficience telle qu'elle puisse, pour des résultats médicaux meilleurs qu'une prise en charge traditionnelle, au moins auto-financer l'exercice ASALEE sur les économies de consommations de soins réalisées.

Après 6 années de pratiques de coopération, une montée en puissance géographique et un enrichissement de protocoles, sans contrainte sur le type de statut (salarié/libéral) des intervenants infirmier(e)s, l'article 51 de la loi HPST est naturellement apparu à ceux qui pratiquaient l'exercice ASALEE comme une invitation à consacrer une pratique de coopération en formalisant plus nettement les responsabilités que prenaient l'infirmier(e) au sein de l'équipe, et de rendre cette pratique accessible au plus grand nombre puisqu'en améliorant l'efficience de la prise en charge, cela devait permettre d'en pérenniser l'exercice. Plus généralement, ASALEE constitue aussi une organisation de gestion opérationnelle du risque propre à la mise en place de cette coopération.

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel

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

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

Les référents pour le présent protocole sont :

* pour le délégant : docteur Jean GAUTIER, médecin généraliste, président de l'association ASALEE
Cabinet Médical de Chatillon-sur-Thouet, 4 allée Besson Bien-Aimée, 79200, Chatillon-sur-Thouet
tél : 05 49 95 15 57 / mob : 06 76 81 01 28 / fax : 05 49 95 15 33 / email : j.gautier@medsyn.fr

Le docteur Jean Gautier représente dans le présent dépôt l'Association ASALEE : 70 rue du Commerce
79170 Brioux-sur-Boutonne, qui est à l'origine de la conception du présent protocole.

Une commission inter-régionale composée d'infirmier(e)s ASALEE expérimenté(e)s, libérales et salarié(e)s, et de médecins généralistes en cabinet ASALEE en a construit puis validé le contenu. Les éléments médicaux s'appuient sur l'expérience propre de 7 années d'exercice ASALEE, et ont été validés lors de la conception par des experts de la HAS (ASALEE ayant été agréée à l'époque au titre de l'arrêté dit "Berland").

* pour le délégué : madame Claudie GOUBEAU, infirmière, référente infirmière ASALEE
Cabinet Médical de Chatillon-sur-Thouet, 4 allée Besson Bien-Aimée, 79200, Chatillon-sur-Thouet
tél : 05 49 95 15 57 / mob : 06 89 99 00 11 / fax : 05 49 95 15 33 / email : c.goubeau@informed79.fr

D'une façon plus générale, il y a un animateur référent ASALEE médecin et une animatrice infirmière ASALEE par groupe de 7 infirmières, sur les implantations actuelles.

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

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

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

1 - pour le volet : suivi du patient diabétique de type 2 incluant rédaction et signature de prescriptions des examens HbA1c, micro-albuminurie, dosage du HDL Cholesterol, créatinémie, fond d'œil; prescription et réalisation des ECG; prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds; : Il s'agit des patients diabétiques de type 2 avérés - dont le médecin généraliste est le médecin traitant, directement repérés dans les bases de données du cabinet, ou dépistés au cours d'une prise en charge au fil de l'eau, par deux glycémies successives à plus de 1,26 g/L

2 - pour le volet : suivi du patient à risque cardio vasculaire incluant prescription et réalisation des ECG,; Il s'agit des patients à risque cardio-vasculaire dont le médecin généraliste est médecin traitant. Ces facteurs de risque sont : âge > 45 ans pour les hommes, > 55 ans pour les femmes, antécédents familiaux, tabagisme actif ou arrêt de moins de 3 ans ; HTA certifiée ; hyperlipidémie ; HVG électrique;

3 - pour le volet : suivi du patient Tabagique à risque BPCO, prescription, réalisation et interprétation de spirométrie. Il s'agit des patients tabagiques de plus de 40 ans, fumeurs et anciens fumeurs, ayant plus de 20 paquets.année pour les hommes et plus de 15 paquets.année pour les femmes, à risque BPCO.

4 - pour le volet : consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests mémoire, pour les personnes âgées : il s'agit des patients de plus de 75 ans et toutes personnes repérées par le réseau de vigilance médico-social dont un événement survenu dans l'environnement, dans ses habitudes de vie, dans son comportement, est susceptible d'évoquer un trouble cognitif

Lieu de réalisation de la coopération

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

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

domicile au sens large (y compris foyer logement)

📍 Zone info

Documents / outils / instances pouvant être utilisés ou consultés

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

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

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

3) Répondre aux questions suivantes

<i>Comment vont s'articuler les différents intervenants et comment est orienté le patient ?</i>	<i>Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »</i>
<i>Quel est le système d'information informatisé utilisé ?</i>	Trois systèmes d'information, déclarés auprès de la CNIL, sont utilisés en majorité : (1) les logiciels de gestion de cabinets pour la partie médicale de ces derniers; (2) un système d'information propre à l'exercice ASALEE qui assure le contrôle du process, l'évaluation temps réel; (3) le système d'information Vigilance, qui permet aux aides soignantes et auxiliaires de vie de signaler tout événement de nature social ou médico-social qui serait de nature, après interprétation de l'équipe Asalée, de justifier une adaptation de la prise en charge
<i>Quelles sont les ressources matérielles et techniques utilisées ?</i>	Les ressources matérielles et techniques utilisées sont les suivantes : (1) des affiches annonçant l'exercice ASALEE au sein du cabinet (2) le cahier des protocoles ASALEE (3) des supports pédagogiques propres à chaque protocole (4) des appareils d'automesure, (5) le cas échéant, selon les sites, appareil à électrocardiogramme, monofilament, spiromètre, (6) optionnellement et selon les sites, des capteurs médicaux poids, tension, capables de transmettre à distance les informations
<i>Quels sont les gains cliniques attendus et ceux-ci peuvent-ils être mesurés ?</i>	<i>Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »</i>
<i>Des conditions de financement complémentaires de l'intervention de certains professionnels sont-elles requises ?</i>	Des conditions sont requises dont le cadre connu à ce jour des Nouveaux Modes de Rémunération type 3 constitue une définition possible. Ce cadre doit permettre d'indemniser l'activité infirmière à savoir : (1) salaires et charges infirmières; (2) temps de coopération du médecin; (3) charge de gestion & système d'information & moyens logistiques

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

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

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

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

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

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

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

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

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

Le processus global est donc le suivant :

- (1) le délégué repère, si nécessaire avec l'aide du délégant, dans les bases de données les patients éligibles, selon les critères de chaque protocole
 - (2) le délégué, si nécessaire, et à l'occasion de ce repérage, met à jour les données dans le logiciel de gestion du cabinet,
 - (3) le délégant invite les patients au cours de consultations à bénéficier de la prise en charge dérogatoire assurée par le délégué selon les thèmes (diabète, risque cardiovasculaire, risque BPCO, troubles cognitifs). Le patient peut également, ayant lu les affiches dans le cabinet ou au décours d'une autre intervention du délégué prendre l'initiative de ce contact. En cas d'un contact direct du patient avec le délégué, celui-ci en informe aussitôt le délégant;
 - (4) le délégué recueille, lors de la première rencontre avec le patient, le consentement du patient
 - (5) le délégué assure ces consultations au cours desquelles il pratique les actes dérogatoires, dont, dans le cadre du présent protocole, il assume la responsabilité. Ces consultations comprennent également, selon les cas, des volets éducationnels (type ETP), le cabinet déposant pouvant adhérer par ailleurs à un protocole ETP agréé par l'ARS sur les volets diabète, cardio-vasculaire et Tabagiques à risque BPCO.
 - (6) Le cas échéant, si l'état du patient le justifie selon des critères d'alertes ou seuil propre à chaque protocole, - les critères d'alerte sont différenciés - le délégué en réfère immédiatement au délégant ou à un médecin présent dans le cabinet. Ces critères sont donnés en annexe dans chaque protocole.
 - (5) le délégué met à jour sur le logiciel du cabinet et sur le logiciel de suivi du protocole de coopération un bilan de consultation et les données médicales,
 - (6) le cas échéant le délégué produit des mémos-alertes ou notes qu'il juge utile au délégant (exemple événement indésirable...).
- et (7) le délégué et le délégant tiennent ensemble le staff de debriefing et analysent ces données (voir annexe 10)

Le protocole global et les phases détaillant les actes dérogatoires sont présentés sur documents séparés, de façon détaillée, avec copie des principaux écrans de suivi informatique :

Annexe 1 et Annexe 2 : protocole cadre, Annexe 3 : protocole de dépistage et de suivi du patient diabétique de type 2; Annexe 4 : protocole de repérage et de suivi du patient à risque cardio-vasculaire, Annexe 5 : protocole de repérage et de suivi du patient Tabagique à risque BCPO et Annexe 5 : protocole de repérage des troubles cognitifs. Les professionnels adapteront les prises en charge à l'évolution des recommandations au cours du temps

Dans ces descriptions, les niveaux d'intervention et de responsabilités des délégants (médecin généraliste), délégués (infirmière) et autres professionnels ou patients sont également explicités. Les différentes étapes de ce processus de prise en charge ont été analysées et décrites en équipe pluri-professionnelle en suivant la grille d'analyse de risque de la HAS : identification des risques de chaque étape --> analyse des risques --> solutions à mettre en oeuvre

<p><i>Dans le cadre de la dérogation aux conditions légales d'exercice, listez ci-dessous de manière exhaustive l'acte(s) de soins ou activité(s) transféré(s) au délégué ou la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient.</i></p>	<p><i>Précisez pour chaque acte si besoin, ou globalement, la nature de l'intervention du délégant pour contrôler la réalisation par le délégué de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s).</i> Astreinte, supervision, validation, autres (préciser) :</p>
<p>Les activités dérogatoires aux conditions légales d'exercice réalisées par le délégué sont les suivantes :</p> <p>1 - suivi du patient diabétique de type 2 incluant * rédaction et signature de prescriptions des examens HbA1c, micro-albuminurie, dosage du HDL Cholesterol, créatinémie, fond d'œil; * prescription et réalisation des ECG; * prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds, incluant mono-filament;</p> <p>2 - suivi du patient à risque cardio vasculaire incluant : * prescription et réalisation des ECG,</p> <p>3 - suivi du patient Tabagique à risque BCPO incluant : * prescription, réalisation et interprétation de spirométrie</p> <p>4 - consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées</p> <p>Autour de ces activités dérogatoires, s'inscrivent des activités non directement dérogatoires, comme l'éducation thérapeutique, la mise à jour régulière des données sur le logiciel de gestion du cabinet, mais dont la réalisation par l'infirmière sera d'autant plus efficiente qu'elles seront effectuées dans ce cadre</p>	<p>En majorité, hors système d'alerte (voir ci-après notamment événements indésirables et les différents critères d'alerte et de recours au délégant selon les protocoles) le contrôle de l'action du délégué par le délégant se concentre dans un staff mensuel.</p> <p>Ces précisions sont apportées par protocole, dans les annexes au présent document :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Annexe 1 et Annexe 2 : protocole cadre, * Annexe 3 : protocole de dépistage et de suivi du patient diabétique de type 2; * Annexe 4 : protocole de repérage et de suivi du patient à risque cardio-vasculaire * Annexe 5 : protocole de repérage et de suivi du patient Tabagique à risque BPCO * et Annexe 6 : protocole de repérage des troubles cognitifs. <p>Dans ces descriptions, les niveaux d'intervention et de responsabilités des délégants, délégués et autres professionnels ou patients sont également explicités.</p>
<p><i>Quels sont les moyens utilisés par le délégant pour s'assurer de la réalisation par le délégué de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s), ou quels sont les moyens utilisés par les professionnels de santé qui réorganisent leur mode d'intervention auprès du patient ?</i></p>	
<p>Toute l'activité du délégué est consignée en temps réel sur un système d'information partagé.</p> <p>Lors du staff mensuel, la consultation du système permet au délégant de discuter avec le délégué à l'appui de données chiffrées : activités, résultats médicaux, évaluation des consultations, etc.</p> <p>Sur critère d'alertes différenciés pour chaque protocole, le délégué doit recourir au délégant.</p> <p>Le délégué peut être amené à poster des mémos-alertes sur le logiciel de gestion de données médicales du cabinet.</p> <p>Enfin, la proximité géographique - le délégué exerce au sein du cabinet des délégants - permet d'assurer une coordination synchrone si nécessaire.</p>	

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

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

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

a) Description de la prise en charge du patient... (suite)

Décrire ci-dessous comment le délégué réalise l'acte(s) de soins ou l'activité(s), ou comment les professionnels de santé se sont réorganisés pour intervenir auprès du patient ?

En complément de la présentation des processus décrits dans les documents annexés les éléments d'organisation à signaler sont les suivants :

- * le délégué (infirmier(e)) dispose d'un bureau par cabinet dans lequel il intervient (ce bureau pouvant donc être aussi un bureau de passage lorsque le délégué intervient dans plusieurs cabinets);
 - * l'activité de consultation (rencontre patient - délégué) se déroule majoritairement dans ce bureau et possiblement au lieu de vie du patient pour le repérage des troubles cognitifs et consultation mémoire;
 - * l'activité de préparation et de synthèse de ces consultations, ainsi que la collecte et mise à jour des données ont également lieu à partir de ce bureau, en accédant, avec un ordinateur connecté au réseau (1) au logiciel de gestion du cabinet et (2) au système central anonymisé ASALEE
- La réorganisation de la prise en charge par le délégant (le médecin) est progressive :
- * d'une part, elle se fait au fur et à mesure de la montée en puissance de chaque protocole,
 - * d'autre part, au fil du temps, les rencontres avec le délégué (médecin) visant alors plus les phases aïgues alors que celles avec l'infirmière viseront plus les phases de routine

*Temps consacré à la réalisation de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s) pour chaque acteur, ou temps consacré à la nouvelle prise en charge dans le cadre d'une réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient. Préciser ci-dessous le temps estimé pour le délégué et le temps passé par le délégant à faire cet acte(s) ou activité(s) avant la coopération. **Utiliser la même unité de temps pour chaque acteur.***

Temps estimé pour le délégué :

L'activité du délégué pour la mise en place du protocole de coopération pour 4,5 médecins généralistes à temps plein représente 1 équivalent temps plein de travail dans le format de protocole ici présenté.
Dans le détail : 1/3 de son temps est consacré à du travail sur dossier médical, préparation, analyse, mise à jour des données, et 2/3 de son temps à des consultations, hors période de formation
Les temps de rencontre élémentaires sont estimés être les suivants : dépistage de diabète + consultation hygiéno diététique (43mn), suivi du diabétique de type 2 : 1^{ère} rencontre (51 mn) rencontres suivantes (43 mn), suivi risques cardio-vasculaires (50 mn); suivi Tabagique à risque BPCO (50 mn); repérage troubles cognitifs (54 mn)

<p><i>Temps passé par le délégrant avant le transfert :</i></p>	<p>Pour le délégrant avant le transfert, les temps élémentaires de consultation pour des motifs et des contenus strictement identiques peuvent être considérés comme identiques en théorie à ceux du délégués après transfert. Dans la mesure où le délégué assure, au cours de la consultation comprenant l'acte dérogatoire, une mission d'ETP, on a pu estimer en ce cas que le temps passé par le délégrant avant transfert, sans ce volet explicite ETP, était de l'ordre de la moitié du temps passé par le délégué pour les volets diabète et risque cardio-vasculaire</p> <p>Le temps de la mise à jour des données n'est pas significatif, dans la mesure où, même après délégation, ce temps de mise à jour est masqué au cœur des consultations du délégrant, ou devient du temps de prise en compte des données.</p>
<p><i>Temps consacré à la nouvelle prise en charge si réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient :</i></p>	<p>Pour le délégrant, il y a pour la phase d'appropriation du protocole, de mise en place du délégué, et d'accompagnement de la montée en charge, un temps qu'on peut estimer à au moins 5 jours d'investissement à répartir sur 3 mois.</p> <p>Ensuite, une demi-journée par mois est consacré par le délégrant en moyenne à cette nouvelle forme de prise en charge : d'une part dans la réunion mensuelle formelle, et d'autres part, dans la prise en compte, au fil de l'eau, des éléments que le délégué sera amené à échanger avec le délégrant, temps de coordination implicite.</p>
<p><i>Où a lieu la mise en œuvre du protocole de coopération (préciser si les professionnels de santé sont sur des sites différents) ?</i></p>	
<p>Le protocole est mis en œuvre dans le cabinet, et, exceptionnellement, si le patient ne peut pas se déplacer, au domicile de celui-ci pour le protocole de repérage des troubles cognitifs.</p> <p>A noter que la capacité du système national ASALEE permet de venir compléter exceptionnellement des données pour un cabinet à partir d'une autre implantation, mais ce mode doit rester l'exception --> la présente demande est faite pour un des 3 cabinets auprès desquels l'infirmière intervient.</p>	

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

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

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

b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient

Quels sont les critères d'alerte du délégué qui déclenchent l'intervention du délégant, ou quels sont les critères d'alerte des professionnels de santé dans le cadre d'une réorganisation de leurs modes d'intervention auprès du patient ?

Pour chacun des protocoles, selon les pathologies, des critères d'alertes sont précisés. Ils conduisent le délégué à en référer immédiatement au délégant
Par ailleurs, indépendamment de ces critères d'alerte lié à la clinique, des critères d'alerte de processus sont génériques. 3 cas sont envisagés :

* : refus de patient de recevoir des prescriptions émanant de l'infirmière (HbA1c, ECG, examen pied, spirométrie, repérage troubles cognitifs)...

* : refus de patient d'avoir un examen prescrit par l'infirmière réalisé par elle (ECG, Spirométrie, Examen du Pied, Test troubles cognitifs);

* : diminution du taux de respect des prescriptions ou des réalisations examens pour les patients inclus dans la prise en charge dérogatoire, ou au contraire sur-prescription, en comparaison d'une cohorte témoin prise en charge selon un mode non dérogatoire et/ou des règles de l'art

Listez les risques inhérents à ce transfert d'acte(s) de soins ou d'activité(s) ou de réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient.

Un critère d'alerte qui ne serait pas vu par le délégué, induisant un retard de prise en charge, et donc une perte de chance ou la minimisation par le délégué d'une incertitude réelle, (comme l'apparition d'une comorbidité non vue)

Une sur prescription en comparaison des règles de l'art, ou des résultats de tests positifs (pour les troubles cognitifs) mais qui seraient liés à des mauvaises conditions d'exécution du test

La discontinuité du service : si un patient est amené à manquer un rendez-vous prévu, ou un délégué (infirmière) absent

Quelles sont les actions préventives mises en œuvre eu égard aux risques identifiés ?

Le ciblage pour les suivis de routine d'abord sur des patients plutôt mono-pathologiques et des alerteurs automatiques sur valeurs biologiques, une formation afin de savoir détecter et isoler les cas où le délégué puisse dire : "je ne sais pas" et les staff réguliers qui permettent de se réajuster ;

Le suivi temps réel des taux (prescription, examen, indicateurs médicaux) permettant de détecter des écarts significatifs à la cible, et de corriger la pratique.

Pour les troubles cognitifs en particulier, il sera possible d'organiser des doubles avis pour ajuster la pratique

Une organisation de remplacement : permanence d'infirmières organisée entre cabinets proches pratiquant le protocole, ou reprise de rendez-vous.

Comment allez-vous procéder pour assurer le signalement et l'analyse des évènements indésirables dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération ?

Chaque rencontre (consultation) avec le délégué fait l'objet d'une évaluation cotée.

Tout événement indésirable porté à la connaissance de l'infirmière au cours de cette consultation doit être notarisé avec la consultation, qui fait alors l'objet d'une cotation supplémentaire et d'une alerte spécifique auprès du délégant.

Cet événement fait l'objet d'une analyse documentée par le délégué lui-même dans le rapport de consultation.

Des indicateurs spécifiques sont retenus pour le suivi de événements indésirables, notamment : 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

Les Evénements Indésirables sont revus lors du staff de debriefing

Quels sont les outils et les documents utilisés pour la gestion des évènements indésirables dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération ?

Le suivi des événements indésirables est documenté sur le système d'information ASALEE dans les formulaires d'évaluation de consultation (se référer pour cela au protocole cadre).

Lors du staff de debriefing, la revue des événements indésirables se fait avec une procédure d'analyse - voir annexe 10

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

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

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

b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient (suite)

Quelles sont les modalités d'analyse des pratiques existantes avant la coopération et celles qui sont prévues dans le cadre du protocole de coopération ?

<i>Avant la coopération, précisez la périodicité (plusieurs réponses possibles)</i>	Modalités d'analyse des pratiques du délégué		Modalités d'analyse des pratiques du délégant	
	<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	variable selon les lieux d'exercice	<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	une fois par mois
	<input type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire		<input type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire	
	<input type="checkbox"/> Réunions de suivi		<input type="checkbox"/> Réunions de suivi	
	<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité		<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	
	<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé		<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé	
	<input type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu		<input checked="" type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu	en général une fois par an
	<input type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre		<input type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	

📍 Zone info

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

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

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

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

b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient (suite)

<i>Dans le cadre du protocole de coopération, précisez la périodicité (plusieurs réponses possibles)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	une fois par semestre (une journée)
	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire	une fois par mois (2h00)
	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de suivi	une fois par semaine
	<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	
	<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé	
	<input checked="" type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu	une fois par an (de 3 à 5 jours)
	<input checked="" type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	analyse de risque a priori, structurant le protocole, et analyse a posteriori des EI

Quels sont les outils utilisés pour la démarche qualité dans le cadre du protocole de coopération ?

Le système d'information support ASALEE permet à chaque délégué, pour chaque cabinet, de connaître en temps réel, à la date du jour, avec des arrêtés par trimestre, la position du cabinet pour les indicateurs médicaux, la moyenne des implantations ASALEE (près de 60), la borne haute et la borne basse. Ces données sont accessibles au contrôle interne de l'organisation ASALEE et également aux évaluateurs externes, membres du comité de pilotage. Une forme d'évaluation/contrôle interne temps réel est donc assurée à travers ce système.

Des revues des événements indésirables sont organisées : présentation du cas, recherche identification des problèmes rencontrés, évaluation selon gravité et fréquence, recherche des causes, mise en place de barrière de sécurité, traçabilité, retour vers les professionnels déléguant et délégué. Ces revues associent les professionnels concernés selon les protocoles

Une revue annuelle du programme de formation est organisée pour la formation continue avec une association de formation agréée.

Des évaluations complètes sont conduites, tous les deux ans, qui portent sur : * l'évolution global des indicateurs médicaux / * l'efficacité des programmes mis en œuvre (comparaison avec une cohorte témoin de la consommation de soins) /* l'évolution de la satisfaction des patients.

Toutes ces données sont, après validation, rendues publiques sur le site www.asalee.fr / Le passage en protocole article 51 peut conserver cette organisation de contrôle qualité.

Décrire les gains attendus eu égard à la mise en œuvre du protocole de coopération

<p><i>Pour le patient :</i></p>	<p>Vu du patient, c'est l'amélioration de sa situation de santé comparée à une prise en charge "traditionnelle" qui constitue le gain quantifiable. Il l'apprécie notamment sur des indicateurs médicaux principaux visibles pour lui hba1c, glycémie, poids, tension. Les nombreux témoignages obtenus au cours de l'évaluation par les patients viennent attester du ressenti positif de cette prise en charge sur son état de santé, pris au sens global du terme. Quelques mots clés significatifs qui reviennent souvent : confiance, utile, il faut que cela dure, écoute, dialogue, savoir prendre du temps, prendre conscience....</p> <p>Dans l'intervention ASALEE, un évaluateur externe en sociologie des organisations avait relevé l'alliance originale du care et du cure en ces termes (source : Institut de Cognitique, Département d'Ergonomie - EA 487 - Université Victor Ségalen - Bordeaux 2): "Les protocoles de dépistage appartiennent typiquement au monde du traitement : Les infirmières permettent au médecin de gérer les aspects biomédicaux au plus près des connaissances contenues dans les protocoles, elles soutiennent sa mémoire (alertes) et sa pratique du traitement.-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. Pour pouvoir aborder les questions précises de la pathologie et de ses causes, l'infirmière considère le patient comme un être multidimensionnel. Elle prend le temps de le laisser parler, qu'il se sente en confiance et finalement, elle s'attache ainsi à lui faire comprendre que son problème est certainement en lien avec d'autres éléments, comme le contexte familial par exemple.</p> <p>Cette manière de considérer la consultation et le mode d'échange ouvre des possibles au patient pour devenir acteur de sa propre santé."</p> <p>Le passage en article 51 avec une coopération renforcée sera de nature à accentuer cette évaluation favorable pour le patient.</p>
<p><i>Pour le délégué :</i></p>	<p>Pour le délégué, le passage dans un cadre de protocole de coopération, nouvelle forme d'exercice, augmente son autonomie et le fait entrer dans un nouveau domaine de responsabilité, renforçant l'intérêt pour son exercice professionnel.</p> <p>Les délégués - infirmières retirent une très grande satisfaction des consultations avec les patients et des progrès médicaux qu'elles peuvent constater liés à l'exercice ASALEE (compris comme travail en équipe avec les médecins).</p> <p>Cette satisfaction a été également attestée par les infirmières libérales qui ont participé à cet exercice dans la deuxième partie de l'expérience.</p> <p>Il est à noter que de nombreuses demandes de pratique de l'exercice ASALEE ont été reçues par l'association, dans toutes les régions de France où cet exercice a été porté à la connaissance des soignants. Certains d'entre eux ont déjà identifié et "prospecté" des cabinets médicaux désormais volontaires</p>

<i>Pour le délégué :</i>	<p>Les gains déjà constatés lors d'une prise en charge hors article 51 étaient déclarés être les suivants, à l'occasion du passage de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles pour les médecins appliquant un protocole ASALEE :</p> <ul style="list-style-type: none">* vigilance pour la tenue du dossier médical* rigueur – respect des recommandations* meilleure connaissance des groupes de patients* consultation médicale mieux orientée* arriver plus vite aux bonnes questions devant le patient* approche plus enrichissante des demandes des patients* travail en équipe* remise en cause du travail de routine* "ce n'est plus un duel, c'est une relation triangulaire". <p>Une fois encore, l'affermissement de la coopération et des délégations associées doit confirmer et renforcer ces gains.</p>
--------------------------	---

V. – RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET RECOMMANDATIONS

<p><i>Quelles expertises ont été mobilisées pour la rédaction du protocole ?</i></p>	<p>Originellement les protocoles ASALEE ont été établis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - à partir des recommandations de la Haute Autorité de santé lorsque le sujet faisait l'objet d'une recommandation; 2 - avec des médecins spécialistes des spécialités concernées (endocrinologue, gériatologue, cardiologue, pneumologue de centres hospitaliers, notamment de Niort); 3 - au sein d'un comité médical réunissant des médecins généralistes intéressés par l'expérience, et se constituant donc en association. <p>Ensuite, à l'occasion de la présentation du dossier au titre de l'arrêté Berland de 2006, les lieux de délégation de tâches, transfert de compétence, ont été plus formellement identifiés.</p> <p>Plus récemment, dans la perspective de la soumission à l'article 51 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - à l'automne 2010, l'intégralité des protocoles en cours a été présentée à la HAS de telle sorte que l'association comprenne le mieux possible les enjeux de la coopération et les conditions de mise en œuvre, tels que prévus à l'article 51; 2 - dans le même mouvement, les contacts ont été pris avec chacune des ARS dans les régions où ASALEE était en place pour évoquer la question de la coopération; 3 - au cours de l'année 2011, les protocoles ont été travaillés, formalisés, par une équipe pluri-professionnelle de médecins et d'infirmières ASALEE, de toutes régions, disposant de l'expérience et/ou de la volonté de coopération, au sens de l'article 51 4 - enfin il a été tenu compte des recommandations liés à la première saisine, et particulièrement de l'affermissement des descriptions en matière de formation et de gestion des risques, a priori et a posteriori.
<p><i>Existe-t-il des expériences équivalentes documentées ?</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Si oui, citer la référence : Une étude très complète émanant de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques - OCDE publiée en juillet 2010 : "NURSES IN ADVANCED ROLES: A DESCRIPTION AND EVALUATION OF EXPERIENCES IN 12 DEVELOPED COUNTRIES" établit à notre sens la synthèse à la fois la plus complète et la plus récente des services, projets ou expérimentations de partage de tâches menées dans les pays comparables à la France. Auparavant, l'IRDES a régulièrement et assez largement publié sur le sujet. Il est à noter que l'expérience d'ASALEE est elle-même citée en référence française dans ces études.</p>
<p><i>Existe-t-il une réglementation sur ce sujet dans d'autre(s) pays ? Si oui : coordonnées éventuelles d'une personne contact dans ce(s) pays ?</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Si oui, dans quel pays ? A notre connaissance : Finlande, Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni</p> <p>Coordonnées personne contact : Les coordonnées peuvent être obtenues auprès des auteurs de l'étude précitée : Marie-Laure Delamaire et Gaetan Lafortune / Directorate for Employment, Labour and Social Affairs / 2, rue André-Pascal / 75016 Paris</p>

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

Informations demandées dans le cadre du protocole de coopération :

Décrivez les compétences à acquérir par le délégué pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice

Le délégué doit acquérir les capacités suivantes :

- 1 - capacité à prescrire les examens réguliers du patient diabétique de type 2
 - 2 - capacité à prescrire et réaliser un ECG pour le patient diabétique de type 2
 - 3 - capacité à prescrire, réaliser et interpréter un examen du pied du diabétique de type 2
 - 4 - capacité à prescrire et réaliser un ECG du patient à risque cardio-vasculaire;
 - 5 - capacité à prescrire, réaliser et interpréter une spirométrie du patient tabagique, à risque BPCO;
 - 6 - capacité à assumer une consultation de repérage des troubles cognitifs et à faire passer 5 tests
- Et pour toutes ces situations, l'identification des critères d'alerte et recours au délégant.

Ces capacités sont à acquérir pour assumer, au sens strict, l'activité dérogatoire.

Complémentairement, au sens plus large, ces activités se déroulent dans un contexte qui induit de valider les capacités du délégué sur les points suivants :

- 1 - identifier et repérer dans les dossiers médicaux (informatisés) de cabinet de médecine générale les patients selon critères d'éligibilité des différents protocoles (patient à risque de diabète type 2, diabétique type 2, patient à risque cardio-vasculaire, patient à risque BPCO, personne correspondant aux critères d'âge et de sexe, le cas échéant); voir ces critères présentés en annexe pour chaque protocole;
- 2 - capacité à mettre à jour les données médicales pour les patients suivis dans les différents protocoles;
- 3 - capacité à tenir des consultations d'éducation thérapeutique pour les patients dont le délégué assure un suivi comprenant un volet d'activité dérogatoire

<p><i>Décrivez le contenu <u>minimum</u> de la formation théorique à acquérir pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>Le processus de formation d'une IDE pour être en adéquation avec le poste d'infirmière de santé publique IDSP ASALEE est le suivant :</p> <p>T0. Evaluation initiale des compétences à l'occasion du recrutement selon expérience et qualités relationnelles IDE par IDSP ASALEE REFERENTE</p> <p>T1 a) Pour établir un plan de formation personnalisé : Une évaluation approfondie des capacités acquises ou non sera réalisée à l'aide du tableau des capacités spécifiques nécessaires pour exercer dans ASALEE. Cette évaluation est réalisée par une infirmière ASALEE référente.</p> <p>b) Dispensation de modules communs initiaux : « PROTOCOLES DE COOPERATION »(21h00) ; COMPAGNONNAGE (21h00), SYSTEME D'INFORMATION (7h00) et "ETP" intégrée au protocole de coopération Asalée» (21h00)</p> <p>c) Prise de fonction – mise en situation professionnelle sans exercice d'actes dérogatoires pendant 6 semaines minimum, avec consultation mode éducation thérapeutique du patient – exercice transitoire</p> <p>T2 Actualisation de l'évaluation 6 semaines après T1 approfondie des compétences ; dispensation du module 2 « ETP intégrée au protocole ASALEE » (21h00); ajustement du plan de formation personnalisée ;</p>
<p><i>Décrivez la formation pratique <u>minimale</u> suivie par le professionnel pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>T3 Au plus tard avant la fin du quatrième mois, complément en compagnonnage, sur les composants complémentaires nécessaires à acquérir ; évaluation finale par infirmière référente ASALEE déterminant la validation de la formation ;</p> <p>Tn Au moins une fois par trimestre, réévaluation des attentes et besoins en formation, tenant compte de l'évolution des recommandations & consensus et des besoins spécifiques, et mise en œuvre dans des groupes d'analyse de pratique ; intervention de MG ASALEE et d'IDSP</p> <p>En annexe 9.1 figure l'organisation des formations du délégué</p> <p>En annexe 9.2 le tableau listant toutes les capacités acquises ou non du délégué pourrait dans une présentation modifiée constituer le support au recrutement et à l'évaluation des acquisitions après la formation en T2</p>
<p><i>Précisez le nombre d'heures <u>minimum</u> de formation théorique et pratique pour être capable de réaliser</i></p>	<p>Total de 112h00 répartie comme suit :</p>

<p><i>l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>Nombre d'heures de formation théorique</p>	<p>Initialisation protocole de coopération : 21h00 Education thérapeutique du patient intégrée au protocole de coopération module 1 : 21h00 Education thérapeutique du patient intégrée au protocole de coopération module 2 : 21h00 * les formations sont faites en lien avec un médecin de la spécialité concernée et en lien une association de formation agréée</p>	<p>Nombre d'heures de formation pratique</p>	<p>1 - compagnonnage initial : 21h00 2 - système Asalee : 7h00 3 - compagnonnage complémentaire : 21h00</p>
<p><i>Précisez l'expérience professionnelle souhaitée pour être capable d'appliquer le protocole de coopération</i></p>	<p>L'expérience actuelle d'ASALEE indique que l'exercice doit être assumé par des infirmières disposant entre 3 à 5 années d'expérience (appréciée en fonction de l'entretien de recrutement) en milieu de soins. Il est préférable que l'infirmière ait également suivi une formation à l'éducation thérapeutique</p>			

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

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

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

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

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, la population de référence sera précisée pour chaque indicateur et chaque médecin.

Dépistage du diabète :

- Nombre de patients ayant bénéficié du dépistage annuellement rapporté au nombre de patients inscrits au protocole de coopération (en se donnant la possibilité de stratifier dépistage par délégué/ dépistage par délégué)

.Suivi du diabète :

- Taux de patients présentant une HBA1c par catégorie (inférieur à 6,5, entre 6,5 et 8, supérieur à 8)
- Taux de patients présentant une HBA1c normalisée (selon recommandation) à 1 an du début du suivi délégué rapporté à la part protocole de la population concernée

Suivi risque CardioVasculaire(RCV)

- Taux de patients présentant une tension par catégorie (par exemple : 140/90, etc..)
- Taux de patients présentant un RCV absolu par catégorie, selon l'équation de Framingham

Suivi patients tabagiques à risque BPCO

- Taux de patients ayant arrêté de fumer (en définissant l'arrêt du tabac depuis au moins 3 mois)
- Pour le suivi de VEMS/CV, avec date de première évaluation, et borne haute et borne basse à 3 mois

Repérage des Troubles cognitifs

- Taux de patients ayant bénéficié du dépistage
- Taux de patient dépistés positifs
- Taux de patients adressés en consultation gériatrique
- Taux de patients pour lesquels le diagnostic est non confirmé en consultation gériatrique (faux positifs)

Zone info

- Pour vous aider, des exemples d'indicateurs sont proposés dans différents champs.
- Pour vous permettre d'élaborer vos propres indicateurs, vous trouverez dans le guide méthodologique et à la fin de ce document une fiche descriptive de présentation d'un indicateur*. La HAS pourra vous demander ces fiches.

Lien

* [Cliquer ici pour voir la fiche descriptive de présentation d'un indicateur.](#)

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

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

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

Obligatoire : La formation théorique a-t-elle été réalisée conformément au programme prévu. Si non, pourquoi ?	Cet indicateur est retenu, avec également taux de délégués ayant satisfait et ayant validé la formation
Obligatoire : La formation pratique a-t-elle été réalisée conformément au programme prévu. Si non, pourquoi ?	Cet indicateur est retenu, avec également taux de délégués ayant satisfait et ayant validé la formation
Obligatoire : La durée prévue a-t-elle été modifiée. Si oui, pourquoi ?	Cet indicateur est retenu
Obligatoire : L'expérience professionnelle prévue dans la spécialité concernée était-elle adaptée. Si non, pourquoi ?	Cet indicateur est retenu
Obligatoire : Expliquer les modalités en œuvre pour le développement professionnel continu	Indicateur est retenu. Il est à noter que le programme ASALEE a été retenu en DPC 2012
Autre(s) indicateur(s) pour mesurer la satisfaction des acteurs :	<p>-Taux de délégués ayant validé la formation / inscrits à la formation</p> <p>- Taux des entrants/sortants, pour les cabinets, les délégants et les délégués</p> <p>L'enquête de satisfaction ci-dessous est reprise, en posant une question globale : Etes vous satisfait ? oui /non (échelle de 1 à 5) et en précisant si l'enquête est menée auprès du délégué ou du délégant</p> <p>La satisfaction des acteurs est également recueillie par un questionnaire inspiré de celui du 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 : 0/ Préciser sa fonction délégué / délégant / 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>

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 :

- Une enquête de satisfaction avec flux de réponse anonymisée est menée au moins une fois par an, par patient : avec quatre degrés et cinq items :
degrés :- 1- pas du tout d'accord 2 - pas vraiment d'accord 3 - plutôt d'accord 4 - tout à fait d'accord

items

- 1- les conseils donnés sont parfaitement réalisables dans mon quotidien
- 2- les conseils donnés sont parfaitement compréhensibles
- 3 - j'ai obtenu une réponse satisfaisante à toutes mes questions
- 4 - je suis satisfait du temps d'écoute qui m'a été accordé
- 5 - globalement, je suis satisfait de ma prise en charge

- Cette enquête sera enrichie avec les indicateurs suivants : 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 éligibles au protocole de coopération

① Zone info

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

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

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

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

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 délégués/délégants 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 par filière de prise en charge dans le cadre du protocole de coopération par rapport au nombre de patients éligibles et le nombre de patients ayant signé dans le protocole de coopération sur une période de trois mois (en précisant les patients vus, notamment par le délégué et/ou délégant et le nombre de patients ayant signé pour trois mois)

Nombre d'actes de soins réalisés par le délégué par rapport au nombre total réalisé d'actes de soins initialement prévus dans le cadre du protocole de coopération

Taux d'actes réalisés par le délégué; durée moyenne de réalisation de l'acte. On recueille aussi la durée moyenne du même acte par le délégant.

Nombre d'examens réalisés par le délégué sur l'ensemble des examens.

Délai d'obtention d'un rendez vous pour une consultation avec un délégant, à la demande du patient

Délai d'obtention d'un rendez vous pour une consultation avec un délégué, à la demande du patient

Taux de recours du délégué au délégant selon les critères d'alerte de chaque protocole (taux d'alerte) = nombre d'alerte(s) non pertinente(s) du délégant par le délégué sur le nombre d'alertes total;
Délais moyen d'intervention du délégant après alerte du délégué.

Nombre de réunions réalisées pour l'analyse des pratiques professionnelles par rapport au nombre de réunion prévue dans le cadre du protocole.
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 (à visée non comparative)

Nombre d'examens 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 = taux de reprise

Temps consacré aux patients par le délégué + délégant dans le cadre du protocole de coopération comparé au temps consacré au patient par le délégant avant la coopération

Temps gagné par le délégant dans le cadre du protocole de coopération (en nombre de consultations, et en temps absolu)

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

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

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

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, tout patient confondu, 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.

Un test de faisabilité de la mesure afin d'assurer la comparabilité des évaluations pourrait être réalisé avec la CNAM

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.

① Zone info

Documents / outils / instances pouvant être utilisés ou consultés

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

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

B) Calendrier de mise en œuvre

<p><i>Étapes préalables au démarrage (décrire ces étapes : recrutement, formation, travaux d'aménagement, acquisitions de matériel d'équipement, ...)</i></p>	<p>Dans le cabinet déposant, une infirmière ASALEE est en place depuis mi 2004. Son passage en mode de coopération n'implique pas de travaux spécifiques du type de ceux cités dans la présente rubrique.</p> <p>Cela est également vrai pour les autres implantations ASALEE en place, à la précision près de la diffusion auprès des professionnels de l'autorisation à appliquer stricto sensu les volets délégués du présent protocole.</p> <p>Pour de nouvelles implantations, outre les candidatures spontanées, déjà nombreuses, reçues par l'association, il est à prévoir en théorie :</p> <ul style="list-style-type: none"> * un recrutement d'infirmière & de cabinets volontaires associés * les formations telles que prévues au chapitre désigné dans le présent document * le cas échéant, un aménagement des locaux pour permettre à l'infirmière d'exercer sa mission * le cas échéant, acquisition de matériels bureautiques (ordinateur - Personnel Computer)
<p><i>Date de démarrage effective prévue</i></p>	<p>En cours de démarrage au moment du dépôt du présent dossier</p>
<p><i>Montée en charge éventuelle</i></p>	<p>Pour le cabinet déposant, il y aura une phase de mise en place de 2 mois pour permettre la formation et la mise en place à proprement parler.</p> <p>Ceci est également vrai pour les implantations ASALEE déjà opérationnelles, à partir du moment où l'accord est obtenu</p> <p>Pour de nouvelles implantations, un protocole de montée en charge est prévu, dont le détail est donné en annexe du protocole cadre. Il consiste à équilibrer le travail du délégué (infirmière) prise de connaissance des données des dossiers médicaux et consultation effective avec les patients. Cette phase de formation - appropriation est estimée à 4 mois.</p> <p>S'agissant de futures implantations : pour répondre aux nombreuses demandes exprimées autour de cabinets existants, et de plus en plus, de nouvelles régions, il est légitime d'envisager la montée en charge suivante 100 postes en janvier 2012, 200 en juillet 2012, 300 en janvier 2013</p>
<p><i>Durée prévue de la mise en œuvre</i></p>	<p>3 ans</p>

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

Compétences complémentaires à inscrire en formation initiale

Depuis l'origine du projet, particulièrement en Deux-Sèvres, une collaboration étroite s'est tissée avec l'Institut de Formation en Soins Infirmiers :

* d'une part, les formations théoriques ASALEE, pour le volet médical, sont assurées par l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, certains des formateurs étant des médecins généralistes membres de l'association, associés selon les protocoles avec endocrinologue, cardiologue, gériatre ou pneumologue, et des infirmières expérimentées ASALEE

* d'autre part, avec le temps, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers a souhaité que les implantations ASALEE puissent être des lieux de stages pour les infirmières en formation. Plusieurs cabinets de Poitou-Charentes particulièrement accueillent ainsi régulièrement des stagiaires infirmières, certaines d'entre elles ayant fait leur mémoire sur tout ou partie de l'exercice ASALEE.

De ce fait, il serait légitime, qu'au moment de l'inscription du programme ASALEE, si elle était validée, au titre de l'article 51, cette dimension de l'exercice infirmier soit plus formellement et systématiquement inscrite au programme des IFSI.

Compétences complémentaires à inscrire en formation continue (DPC)

Dans le même esprit que la formation initiale, et plus encore dans la mesure où l'exercice ASALEE s'adresse à des infirmières expérimentées, des propositions de formation continue des infirmières, mais également des médecins, doivent pouvoir s'envisager, afin que l'exercice de ce type de coopération soit de plus en plus naturel.

Des contacts ont été pris avec des organismes de formation continue de médecins qui se tiennent disponibles à promouvoir ASALEE dans des modules spécifiquement ajustés à cet exercice auprès de médecins.

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

ANNEXE I. – FICHE DESCRIPTIVE DE PRÉSENTATION D'UN INDICATEUR*

<i>Libellé de l'indicateur</i>	
<i>Nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération</i>	
<i>Population concernée par le protocole de coopération</i>	
<i>Objectif à atteindre</i>	
<i>Définition de l'indicateur</i>	
<i>Modalités de recueil des données</i>	
<i>Numérateur</i>	
<i>Dénominateur</i>	
<i>Périodicité</i>	
<i>Seuil d'alerte</i>	
<i>Recommandation professionnelle</i>	
<i>Remarque(s)</i>	

 **Lien**

* Fiche téléchargeable sur www.has-sante.fr.

 **Zone info**

Des exemples d'indicateurs formulés selon la fiche descriptive de présentation d'un indicateur sont disponibles sur le site Internet de la HAS.

ANNEXE II. – DÉFINITIONS*

Délégrant :	<i>Professionnel de santé qui transfère un acte de soins ou une activité à un autre professionnel.</i>
Délegué :	<i>Professionnel qui accepte de réaliser l'acte de soins ou l'activité à la place du délégrant.</i>
Astreinte :	<i>Le délégrant doit être joignable en cas de besoin identifié par le délégué</i>
Supervision :	<i>Le délégrant est informé à des moments clés du processus</i>
Validation :	<i>Le délégrant contrôle l'acte ou l'activité du délégué</i>

* Source : « Concevoir un projet de coopération : Intégrer de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante » - HAS 2010.