

<h1>Projet de protocole local de coopération inter professionnelle</h1> <p>Fondé sur les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019 Il est impératif de renseigner avec rigueur l'ensemble des rubriques car les descriptions justifient l'adéquation de l'activité aux exigences référencées. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039684544/ et après s'être assuré du caractère dérogatoire des actes décrits dans le protocole</p>		<h2>Indexation des annexes</h2> <p>Certaines annexes sont obligatoires, cf. tableau récapitulatif infra</p>
1. Intitulé du protocole		
2. Recommandations de bonnes pratiques de l'HAS sur lesquelles est fondé le protocole - Autres recommandations professionnelles et textes réglementaires	<u>Recommandations professionnelles HAS :</u> Autres recommandations de sociétés savantes ou recommandations étrangères reconnues : <u>Textes réglementaires</u> (inclure références réglementaires de l'activité habituelle de la structure, du délégué...) : <u>Autres références bibliographiques</u> (expériences françaises ou étrangères, etc.) :	
3. Présentation générale du protocole et de son contexte de mise en œuvre	<u>Objectifs de mise en œuvre :</u> <u>Patients et pathologie(s) concernés par le protocole :</u> <u>Professionnels concernés</u> Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués : Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués : <u>Le cas échéant, expérience professionnelle (durée et lieu d'expérience) requise des délégués :</u> <u>Lieu de mise en œuvre [nom de l'établissement de santé ou médico-social ou de la structure de soins de ville]:</u>	Annexe n° X, optionnelle : objectifs généraux du protocole, contexte et conditions de succès
4. Critères d'inclusion des patients (définir précisément tous les critères sans oublier ceux liés à l'âge)	<u>Critère 1 :</u> <u>Critère 2 :</u> <u>Critère 3 :</u> ...	
5. Critères de non-inclusion des patients (ces critères peuvent être liés à la présence de complications de la pathologie concernée ou à d'autres facteurs)	<u>Critère 1 :</u> <u>Critère 2 :</u> <u>Critère 3 :</u> ...	

<p>6. Description synthétique par un algorithme de l'inclusion et du parcours du patient dans le cadre du protocole Compléter l'algorithme ci-contre en ajoutant si besoin les spécificités propres au projet de protocole Le consentement écrit du patient n'est pas obligatoire, sous réserve que l'accord oral soit tracé dans le dossier médical</p>	<p style="text-align: center;">En cas de situation urgente sans possibilité d'intervention immédiate du délégant : appel centre 15</p>	<p>Annexe 1, obligatoire : Formulaire de vérification des critères d'éligibilité du patient, d'information du patient et de recueil de son consentement au protocole Annexe 1bis : recueil des données de santé significatives.</p>
<p>7. Liste de toutes les dérogations envisagées : lister tous les actes et activités dérogatoires aux décrets de compétences des délégués nécessaires à la mise en œuvre du protocole, de préférence selon un déroulé chronologique. Pour chaque dérogation, rédiger une annexe comprenant l'arbre décisionnel associés aux documentations et outils nécessaires : ordonnances préétablies, fiches d'information ou de conseils, programme de formation si le choix est fait de segmenter la formation dérogation par dérogation</p> <p><i>Nb : les dérogations peuvent porter sur la réalisation d'examens cliniques ou complémentaires, la réalisation de tests, la prescription d'examens complémentaires ou de traitements hors compétences des délégués, sans oublier celles relatives aux entretiens avec les patients</i></p>	<p><u>Dérogation 1</u> <u>Dérogation 2</u> <u>Dérogation n :</u> ...</p>	<p>Annexe 2, obligatoire : pour chaque dérogation, <input type="checkbox"/> arbre décisionnel guidant pas à pas l'intervention des délégués en associant une action à chaque situation identifiée sans que les délégués puissent effectuer un diagnostic ou un choix thérapeutique non prévus dans le protocole <input type="checkbox"/> Ordonnance(s) type de prescription des examens complémentaires et traitements envisagés, fiches de conseils pour les patients et (si le choix est fait de le placer ici) programme de formation spécifique à la dérogation...</p>

¹ Dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4 du CSP https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/

<p>8. Formation complémentaire théorique et pratique requises des professionnels délégués pour exercer ces nouvelles compétences dérogatoires</p> <p>Le programme de formation doit être validé par le délégué avant la mise en œuvre du protocole</p> <p>Le programme de formation peut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit être décrit ici pour l'ensemble du protocole : à prioriser si le protocole ne prévoit qu'une dérogation ou un petit nombre de dérogations liées entre elles - Soit être décrit de façon spécifique à chaque dérogation dans les annexes relatives aux arbres décisionnels : à prioriser si le protocole comprend plusieurs dérogations d'application relativement indépendante. 	<p><u>Formation théorique : durée et contenu si possible validés par les CNP concernés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Compétences à acquérir en rapport avec les actes et activités délégués - Objectifs pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable de... - Déroulement en précisant la durée de chaque phase et la durée totale de la formation, et la qualification professionnelle ou spécialité du formateur - Evaluation de l'acquisition des compétence et modalités de validation (<i>qui valide ; quel type de validation</i>) - Critères de validation <p><u>Formation pratique : modalités, nombre d'heures estimé, modalités de validation :</u></p> <p><u>Maintien des compétences :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre minimal de patients (ou d'actes) devant être pris en charge sur une période à définir pour le maintien des compétences : - Modalité de formation continue : 	
<p>9. Organisation de l'équipe pour la mise en œuvre du protocole.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modes de collecte, de traçabilité et de partage des données de santé entre délégants et délégués <input type="checkbox"/> Délégués et délégués partagent un logiciel informatique au sein duquel ils ont accès à l'ensemble des informations du patient (antécédents, allergies, vaccinations...). <input type="checkbox"/> Accès du délégué au Volet de Synthèse Médical du patient <input type="checkbox"/> Recueil par le délégué auprès du patient des données pertinentes pour la mise en œuvre du protocole parmi celles que l'HAS recommande d'inclure dans le VSM [cf. modèle de questionnaire en annexe 1]. <input type="checkbox"/> Autre : <ul style="list-style-type: none"> • Mode de mise à disposition de la grille d'éligibilité au protocole, des arbres décisionnels et des documents annexes <input type="checkbox"/> Intégration au logiciel partagé par délégants et délégués <input type="checkbox"/> Intégration au logiciel métier des délégués <input type="checkbox"/> Version papier <ul style="list-style-type: none"> • Mode de transmission du CR de prise en charge au délégant, au médecin traitant s'il n'est pas le délégant et aux autres professionnels de santé <input type="checkbox"/> Intégration du compte rendu dans le dossier du patient <input type="checkbox"/> Implémentation du compte-rendu de prise en charge dans l'Espace de Santé Numérique du patient <input type="checkbox"/> Transmission du compte-rendu de prise en charge par messagerie Sécurisée <input type="checkbox"/> Autre modalité <p>Si utilisation d'un logiciel informatique, Identifiant et mots de passe personnels : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité et interventions requises du professionnel délégant <u>Mode d'organisation en équipe pour assurer la disponibilité d'un nombre suffisant de délégants eu égard aux délégués et prendre en charge les patients ré orientés vers un médecin :</u> <u>Mode d'organisation en cas d'absence programmée et non programmée du délégant [indiquer si possibilité de désignation de délégant remplaçant] :</u> <u>Symptômes et situations requérant une prise en charge médicale en urgence dans un délai < à : [préciser le délai]</u> <u>Modalités de gestion des urgences (mode de contact, conduite à tenir en cas de délégant absent ou non joignable)</u> 	<p>Annexe 3 : Modèle type de compte-rendu de prise en charge par le délégué au médecin délégant, au médecin traitant ou à un autre professionnel de santé</p>

<p>10. Principaux risques liés à la mise en œuvre du protocole. Procédure d'analyse des pratiques et de gestion des risques. <i>Prioriser une organisation en équipe</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1071 212 1650 296">Evénements indésirables potentiels liés à la mise en œuvre du protocole (liste indicative)</th> <th data-bbox="1650 212 2226 296">Mesures de prévention</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1071 296 1650 348">Erreur d'interprétation des critères</td> <td data-bbox="1650 296 2226 348"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1071 348 1650 432">Erreur d'interprétation d'un symptôme ou d'un signe clinique</td> <td data-bbox="1650 348 2226 432"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1071 432 1650 485">Erreur d'interprétation d'un test</td> <td data-bbox="1650 432 2226 485"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1071 485 1650 537">Erreur de prescription</td> <td data-bbox="1650 485 2226 537"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1071 537 1650 579">...</td> <td data-bbox="1650 537 2226 579"></td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Modalités de recueil des évènements indésirables par les délégants et les délégués</u></p> <p><u>Modalités d'analyse et de traitement des évènements indésirables</u></p> <p><u>Périodicité des réunions de coordination et d'analyse de pratiques délégants/délégués</u></p>	Evénements indésirables potentiels liés à la mise en œuvre du protocole (liste indicative)	Mesures de prévention	Erreur d'interprétation des critères		Erreur d'interprétation d'un symptôme ou d'un signe clinique		Erreur d'interprétation d'un test		Erreur de prescription		...		
Evénements indésirables potentiels liés à la mise en œuvre du protocole (liste indicative)	Mesures de prévention													
Erreur d'interprétation des critères														
Erreur d'interprétation d'un symptôme ou d'un signe clinique														
Erreur d'interprétation d'un test														
Erreur de prescription														
...														
<p>11. Indicateurs de suivi. Seuls les cinq indicateurs signalés par une étoile* sont obligatoires (articles D. 4011-4-1 et D. 4011-4-2 du CSP). Le cas échéant, préciser les valeurs attendues et ajouter des indicateurs spécifiques au protocole. <i>Nb : un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé.</i> <i>Un événement indésirable est dit grave s'il provoque un déficit fonctionnel permanent pour le patient, la mise en jeu de son pronostic vital ou son décès (source HAS)</i></p>	<p><u>Nombre de patients effectivement pris en charge au titre du protocole* :</u></p> <p><u>Taux de reprise par le délégant* :</u> Nombre d'actes réalisés par le délégant sur appel du délégué/nombre d'actes réalisés par le délégué</p> <p><u>Taux d'EI déclarés* :</u> Nombre d'événements indésirables déclarés/nombre d'actes réalisés par le délégué</p> <p><u>Nombre d'EIG déclarés* (suspension ou arrêt du protocole si >0) :</u></p> <p><u>Taux de satisfaction des professionnels de santé* :</u> Nombre de professionnels ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire/nombre de professionnels ayant exprimé leur niveau de satisfaction au moyen d'un questionnaire dédié</p> <p><u>Autres indicateurs optionnels :</u></p> <p><u>Taux d'adhésion au protocole :</u> Nombre de patients éligibles sur une année / nombre de patients pris en charge au titre du protocole</p> <p><u>Impact sur le résultat ou sur l'organisation des soins au regard des effets attendus :</u> </p>	<p>Annexe(s) n° X Questionnaire pour le recueil de satisfaction délégants / délégués - Y inclure une échelle binaire satisfait / non satisfait et une question sur la fréquence de sollicitation des délégants par les délégués (très fréquente, fréquente, rare, très rare)</p>												

Récapitulatif des annexes obligatoires

Annexe 1	Formulaire de vérification des critères d'éligibilité au protocole et de recueil du consentement du patient
Annexe 2	Arbres de décisions pour chaque dérogation pouvant comprendre les ordonnances préétablies, des fiches de conseils aux usagers, le programme de formation spécifique à cette dérogation
Annexe 3	Modèle type de compte-rendu de prise en charge par le délégué au médecin délégué, au médecin traitant ou à un autre professionnel de santé
Annexe 4	Questionnaire pour le recueil de la satisfaction des professionnels de santé

Avertissement : le contenu des annexes est proposé à titre indicatif comme une aide à l'élaboration du protocole. Il doit être adapté en fonction des caractéristiques propres à chaque protocole. Il ne constitue pas un modèle validé par la Haute Autorité de Santé ni par le Comité National des Coopérations Interprofessionnelles.

Annexe 1. Formulaire de vérification des critères d'éligibilité au protocole et de recueil du consentement du patient

Grille de vérification de l'éligibilité au protocole établie d'après la liste des critères d'inclusion et d'exclusion au protocole. L'inclusion peut être réalisée soit par le délégué, soit par le délégué, soit par les deux, au choix de l'équipe promotrice. Il est également possible d'établir deux tableaux à compléter successivement, un pour les critères d'inclusion et un autre pour les critères d'exclusion.

Critères d'exclusion si possible dans l'ordre suivant : critères recueillis à l'interrogatoire, critères recueillis lors de l'évaluation clinique et en distinguant les critères liés à la reconnaissance de situations d'urgence.	Délégué		Délégué	
	OUI	NON	OUI	NON
Patient en dehors de l'intervalle d'âge prévu par le protocole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun médecin délégué joignable en cas de nécessité d'avis, de téléconsultation ou de consultation présenteielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critère d'exclusion 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critère d'exclusion 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critère d'exclusion laissé à la seule appréciation du déléguant x...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Critère d'exclusion x...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si une seule croix est dans les colonnes OUI, le patient n'est pas éligible au protocole

Fiche d'information et de recueil du consentement du patient (exemple donné à titre indicatif)

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'équipe constituée autour de votre médecin, il vous est proposé d'être pris en charge par un [profession du délégué] * spécifiquement formé dans le cadre d'un protocole de coopération « [intitulé du protocole]. Cette prise en charge a pour but d'assurer une réponse adaptée à vos besoins de santé...

Ce protocole de coopération a été spécifiquement autorisé par le directeur général de l'établissement / inscrit au projet de santé de la MSP / CDS / CPTS et il a été déclaré auprès du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Son détail peut vous être remis sur simple demande.

Dans le cadre de cette prise en charge le [profession du délégué] pourra réaliser en lien avec le médecin les actes et activités suivants :

-
-
...

Il contactera le médecin chaque fois que nécessaire pour décider de la conduite à tenir. Celui-ci le conseillera et interviendra auprès de vous s'il le juge nécessaire.

En signant ce document ou en en approuvant ses termes vous donnez votre consentement pour être pris en charge dans le cadre du protocole. Ce consentement sera consigné dans votre dossier médical. Il vous sera bien entendu possible de revenir à tout moment sur ce consentement. Si vous refusez, cela ne modifiera pas vos relations avec votre médecin.

Accord du patient : oui

Signature du patient ou de son représentant légal :

- Nom de la personne qui a informé le patient et recueilli son consentement :

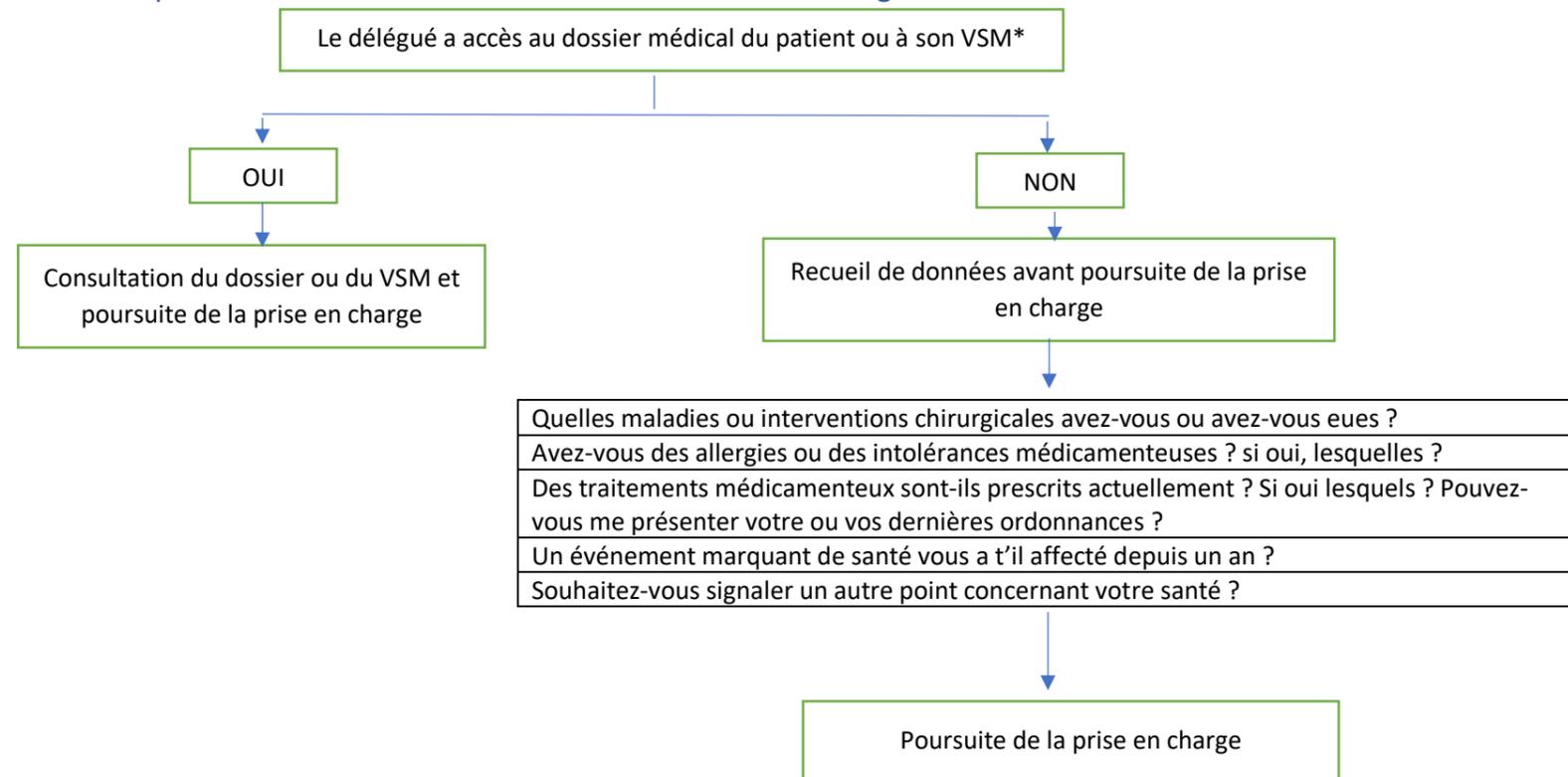
- Qualité :

- Signature :

Pour tout complément d'information, coordonnées du médecin :

*infirmier / pharmacien / masseur-kinésithérapeute / sage-femme / orthoptiste/ etc.

Annexe 1bis : prise de connaissance ou recueil des données de santé significatives

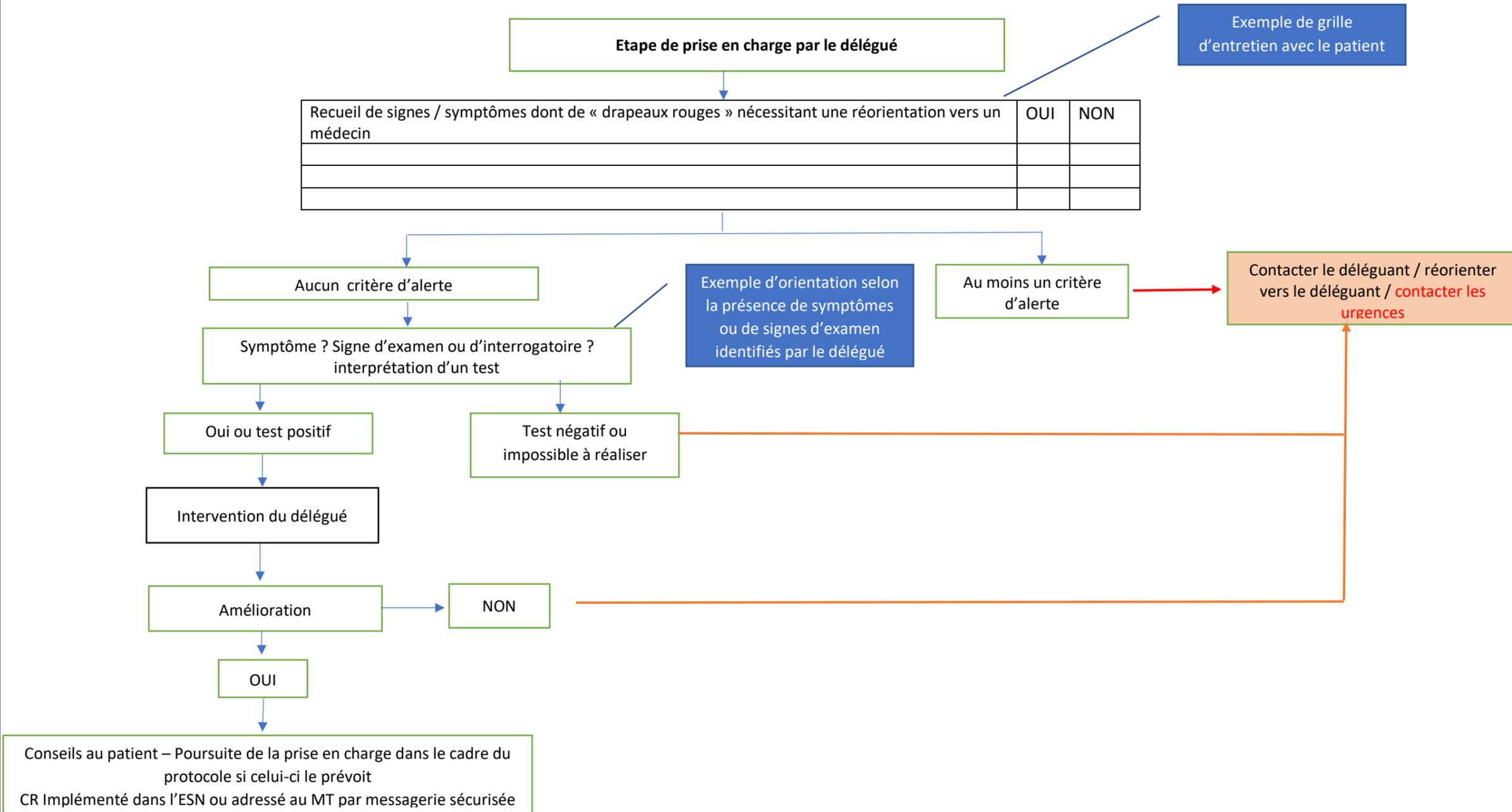


- Volet de synthèse médicale : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2608066/fr/volet-de-synthese-medicale-vsm

Annexe 2. Arbre(s) décisionnel(s) des délégations

Arbre décisionnel (exemple donné à titre indicatif)

Méthode : suivre « pas à pas » l’algorithme suivant pour prendre en charge le patient, repérer les critères justifiant de prendre l’avis du déléguant ou de le réorienter vers le déléguant. En l’absence de ces critères, prendre en charge le patient aux différentes étapes prévues jusqu’à la finalisation de la prise en charge prévue par le protocole.



Ordonnances pré établies à utiliser le cas échéant (mettre un titre pour chaque ordonnance)

Identification du médecin délégant (RPPS)
et du délégué (RPPS ou ADELI)

Nom, Prénom du patient

Date :

-

-

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

Fiche de conseils au patient et à son entourage (optionnel) [reproduire de préférence les conseils donnés sur ameli.fr si ceux-ci sont disponibles]

Programme de formation théorique et pratique devant être validé par le délégué avant la mise en œuvre du protocole

- Compétences à acquérir en rapport avec les actes et activités délégués
- Objectif pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable
- Déroulement (dont durée) et qualification professionnelle ou spécialité du formateur
- Evaluation de l'acquisition des compétence et modalités de validation
- Critères de validation

Références bibliographiques (*recommandations de bonnes pratiques et références réglementaires*)

Annexe 3. Modèle type de compte-rendu du délégué au médecin traitant ou à un autre professionnel de santé

Docteur,

Madame, Mademoiselle, Monsieur « nom prénom » a été pris en charge le mm/jj/aaaa pour des [symptômes] dans le cadre du protocole de coopération : [intitulé du protocole] mis en œuvre au sein de [nom de l'établissement de santé, médico-social ou de la structure d'exercice coordonné].

- Je l'ai directement réorienté vers votre consultation en raison de l'identification d'un [critère d'exclusion] ne permettant pas sa prise en charge dans le cadre du protocole
- Je l'ai adressé en urgence au médecin de garde / aux urgences en raison de symptômes nécessitant une prise en charge médicale immédiate
- Je lui ai prescrit un traitement [type du traitement] prévu par le protocole et je lui ai conseillé de vous consulter en cas de persistance des symptômes, d'aggravation des symptômes ou d'apparition de nouveaux symptômes.
- Je lui ai conseillé de vous consulter suite à l'identification d'une situation non prévue au protocole

Bien cordialement

Le délégué, profession

Annexe 4. Questionnaire pour le recueil de la satisfaction des professionnels de santé

Enquête de satisfaction délégant

Vous avez adhéré au protocole de coopération [intitulé]. Nous vous remercions pour votre implication dans ce protocole de coopération.

Nous souhaitons recueillir votre avis sur l'application du protocole en répondant aux questions suivantes.

Date :

- 1- Dans le cadre de ce protocole, avez-vous été sollicité par les délégués
 Très Rarement Rarement Fréquemment Très fréquemment
- 2- La qualité des échanges entre vous et le(s) délégué(s) vous satisfait-elle ?
 Oui Plutôt oui Plutôt non Non
- 3- Pensez-vous que ce protocole de coopération rend un service approprié aux patients ?
 Oui Plutôt oui Plutôt non Non
- 4- Ce protocole contribue t'il à faciliter votre exercice professionnel
 Oui Plutôt oui Plutôt non Non
- 5- Etes-vous globalement satisfait par la mise en œuvre du protocole de coopération ?
 Satisfait Non satisfait

Enquête de satisfaction délégué

Vous avez adhéré au protocole de coopération [intitulé] Nous vous remercions pour votre implication dans ce protocole et nous souhaitons recueillir votre avis sur l'application du protocole en répondant aux questions suivantes :

Date :

- 1- Pensez-vous exercer de façon sécurisée dans le cadre du protocole ?
 Oui Plutôt oui Plutôt non Non
- 2- La qualité des échanges entre vous et les délégués vous satisfait-elle ?
 Oui Plutôt oui Plutôt non Non
- 3- Pensez-vous que le protocole de coopération rend un service approprié aux patients ?
 Oui Plutôt oui Plutôt non Non
- 4- Ressentez-vous une valorisation de votre pratique professionnelle ?
 Oui Plutôt oui Plutôt non Non
- 5- Etes-vous globalement satisfait par la mise en œuvre du protocole de coopération ?
 Satisfait Non satisfait