|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Projet de protocole local de coopération inter professionnelle  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 | | Indexation des annexes  Certaines annexes sont obligatoires, cf. tableau récapitulatif infra |
| 1. **Intitulé du protocole** | |  |  |
| 1. **Recommandations de bonnes pratiques de l’HAS sur lesquelles est fondé le protocole - Autres recommandations professionnelles et textes réglementaires** | | Recommandations professionnelles HAS :  Autres recommandations de sociétés savantes ou recommandations étrangères reconnues :  Textes réglementaires (inclure références réglementaires de l’activité habituelle de la structure, du délégué…) :  Autres références bibliographiques (expériences françaises ou étrangères, etc.) : |  |
| 1. **Présentation générale du protocole et de son contexte de mise en œuvre** | | Objectifs de mise en œuvre :  Patients et pathologie(s) concernés par le protocole :  Professionnels concernés  Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégants :  Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués :  Le cas échéant, expérience professionnelle (durée et lieu d’expérience) requise des délégués :  Lieu de mise en œuvre [nom de l’établissement de santé ou médico-social ou de la structure de soins de ville]: | **Annexe n° X, optionnelle** : objectifs généraux du protocole, contexte et conditions de succès |
| 1. **Critères d’inclusion des patients** *(définir précisément tous les critères sans oublier ceux liés à l’âge*) | | Critère 1 :  Critère 2 :  Critère 3 :  … |  |
| 1. **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)* | | Critère 1 :  Critère 2 :  Critère 3 :  … |
| 1. **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 | | |  | | --- | | Orientation / demande d’inclusion au protocole par [préciser délégant ou délégué]  Vérification des critères d’inclusion par [préciser délégant ou délégué]  Eligibilité au protocole Non éligibilité au protocole    Information au patient  Suivi habituel  Recueil de son consentement**[[1]](#footnote-1)**  Accord      Mise en œuvre du protocole par le délégué à ses différentes étapes en suivant les arbres décisionnels    Absence d’alerte  Identification d’un facteur d’exclusion ou événement non prévu / situation d’urgence  Poursuite du protocole  **Appel au délégant** pour Intervention en présentiel ou en TLC  **En cas de situation urgente sans possibilité d’intervention immédiate du délégant : appel centre 15** | | **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. |
| 1. **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   *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* | | Dérogation 1  Dérogation 2  Dérogation n :  … | **Annexe 2, obligatoire :**  pour chaque dérogation, 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 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… |
| 1. **Formation complémentaire théorique et pratique requises des professionnels délégués pour exercer ces nouvelles compétences dérogatoires**   Le programme de formation doit être validé par le délégué avant la mise en œuvre du protocole  Le programme de formation peut   * 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. | | Formation théorique : durée et contenu si possible validés par les CNP concernés :   * 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 (*qui valide ; quel type de validation)* * Critères de validation   Formation pratique : modalités, nombre d’heures estimé, modalités de validation :  Maintien des compétences :   * 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 : |  |
| 1. **Organisation de l’équipe pour la mise en œuvre du protocole.** | | **• Modes de collecte, de traçabilité et de partage des données de santé entre délégants et délégués**  Délégants et délégués partagent un logiciel informatique au sein duquel ils ont accès à l’ensemble des informations du patient (antécédents, allergies, vaccinations…).  Accès du délégué au Volet de Synthèse Médical du patient  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].  Autre :  **• Mode de mise à disposition de la grille d’éligibilité au protocole, des arbres décisionnels et des documents annexes**  Intégration au logiciel partagé par délégants et délégués  Intégration au logiciel métier des délégués  Version papier  **• 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**  Intégration du compte rendu dans le dossier du patient  Implémentation du compte-rendu de prise en charge dans l’Espace de Santé Numérique du patient  Transmission du compte-rendu de prise en charge par messagerie Sécurisée  Autre modalité  Si utilisation d’un logiciel informatique, Identifiant et mots de passe personnels : oui non  **• Disponibilité et interventions requises du professionnel délégant**  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 :  Mode d’organisation en cas d’absence programmée et non programmée du délégant [*indiquer si possibilité de désignation de délégant remplaçant*] :  Symptômes et situations requérant une prise en charge médicale en urgence dans un délai < à : [préciser le délai]  Modalités de gestion des **urgences** *(mode de contact, conduite à tenir en cas de délégant absent ou non joignable)* | 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 |
| **10. Principaux risques liés à la mise en œuvre du protocole. Procédure d’analyse des pratiques et de gestion des risque**s.  *Prioriser une organisation en équipe* | | |  |  | | --- | --- | | **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 |  | | … |  |   Modalités de recueil des évènements indésirables par les délégants et les délégués  Modalités d’analyse et de traitement des évènements indésirables  Périodicité des réunions de coordination et d’analyse de pratiques délégants/délégués |  |
| 1. **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.**   *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.*  *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)* | | Nombre de patients effectivement pris en charge au titre du protocole\* : | **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) |
| Taux de reprise par le délégant \*:  Nombre d’actes réalisés par le délégant sur appel du délégué/nombre d’actes réalisés par le délégué |
| Taux d’EI déclarés\* :  Nombre d’événements indésirables déclarés/nombre d’actes réalisés par le délégué  Nombre d’EIG déclarés\* (suspension ou arrêt du protocole si >0) : |
| Taux de satisfaction des professionnels de santé\* :  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 |
| Autres indicateurs optionnels :  Taux d’adhésion au protocole :  Nombre de patients éligibles sur une année / nombre de patients pris en charge au titre du protocole  Impact sur le résultat ou sur l’organisation des soins au regard des effets attendus :  …. |

**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 délégant, 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. It 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 délégant, 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 recueillies lors de l’évaluation clinique et en distinguant les critères liés à la reconnaissance de situations d’urgence. | Délégant | | Délégué | | | OUI | NON | OUI | NON | | Patient en dehors de l’intervalle d’âge prévu par le protocole |  |  |  |  | | Aucun médecin délégant joignable en cas de nécessité d’avis, de téléconsultation ou de consultation présentielle |  |  |  |  | | Critère d’exclusion 3 |  |  |  |  | | Critère d’exclusion 4 |  |  |  |  | | Critère d’exclusion laissé à la seule appréciation du déléguant x… |  |  |  | | | Critère d’exclusion x… |  |  |  |  |   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** Le délégué a accès au dossier médical du patient ou à son VSM\*  NON  OUI    Recueil de données avant poursuite de la prise en charge  Consultation du dossier ou du VSM et poursuite de la prise en charge   |  | | --- | | Quelles maladies ou interventions chirurgicales avez-vous ou avez-vous eues ? | | Avez-vous des allergies ou des intolérances médicamenteuses ? si oui, lesquelles ? | | Des traitements médicamenteux sont-ils prescrits actuellement ? Si oui lesquels ? Pouvez-vous me présenter votre ou vos dernières ordonnances ? | | Un événement marquant de santé vous a t’il affecté depuis un an ? | | Souhaitez-vous signaler un autre point concernant votre santé ? |   Poursuite de la prise en charge   * 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.  Exemple de grille d’entretien avec le patient  **Etape de prise en charge par le délégué**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Recueil de signes / symptômes dont de « drapeaux rouges » nécessitant une réorientation vers un médecin | OUI | NON | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   Exemple d’orientation selon la présence de symptômes ou de signes d’examen identifiés par le délégué  Au moins un critère d’alerte  Aucun  critère d’alerte  Contacter le déléguant / réorienter vers le déléguant / contacter les urgences  Symptôme ? Signe d’examen ou d’interrogatoire ? interprétation d’un test  Test négatif ou impossible à réaliser  Oui ou test positif  Intervention du délégué  NON  Amélioration  OUI  Conseils au patient – Poursuite de la prise en charge dans le cadre du protocole si celui-ci le prévoit  CR Implémenté dans l’ESN ou adressé au MT par messagerie sécurisée  **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 délégants 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 |

1. Dans le respect des dispositions de l’article L. 1110-4 du CSP <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/> [↑](#footnote-ref-1)