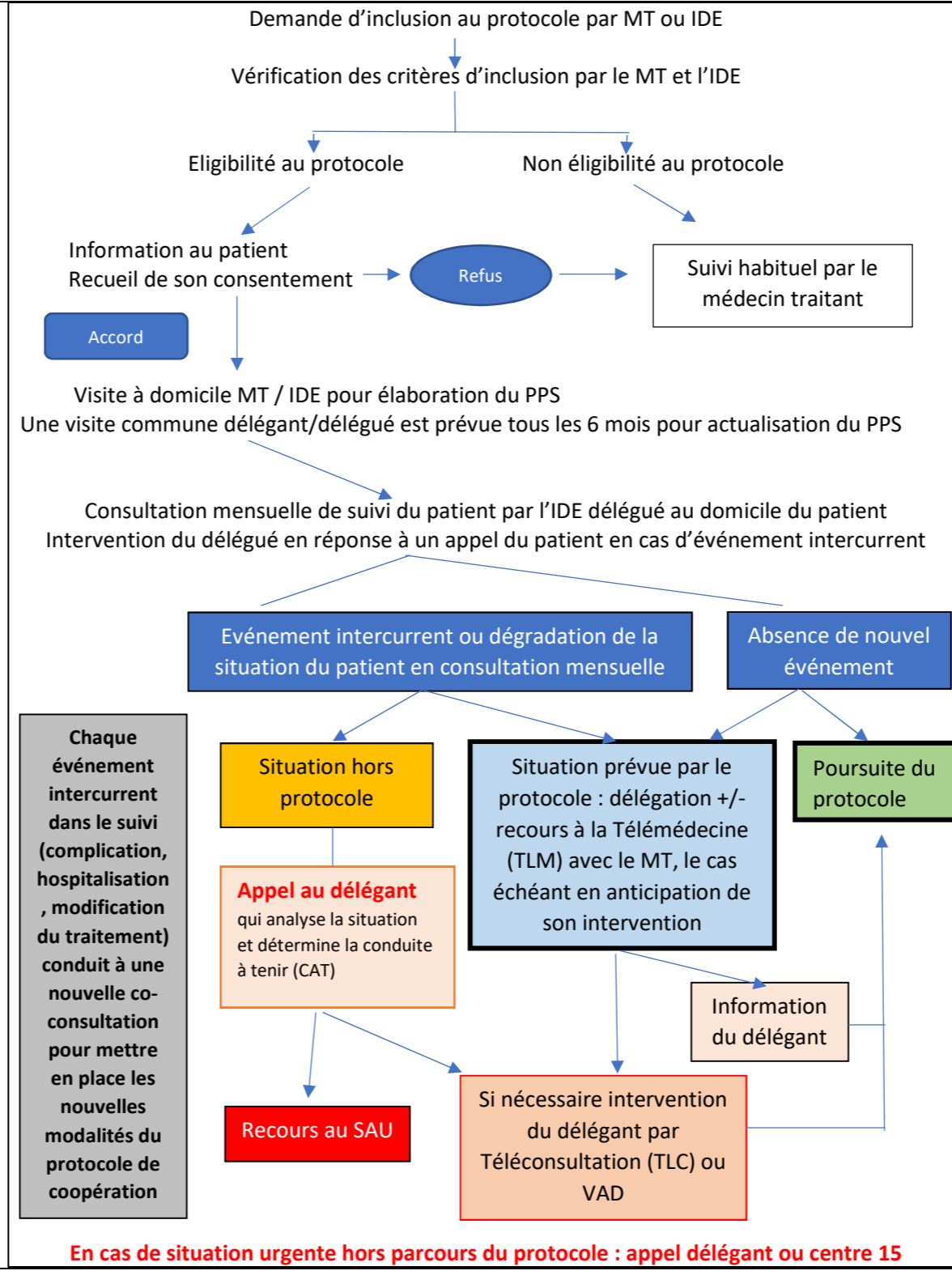


	<h1 style="text-align: center;">Protocole national de coopération</h1> <p>Fondé sur les exigences de qualité et de sécurités des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019 https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039684544/ et après s'être assuré du caractère dérogatoire des actes décrits dans le protocole</p>		<p>Commentaires et report de toutes les annexes nécessaires à la compréhension et à la réalisation du protocole.</p>
I	<p>1. Intitulé du protocole</p>	<p>Coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou en situation de handicap et en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins</p>	
II	<p>2. Présentation générale du protocole et de son contexte de mise en œuvre</p>	<p><u>Objectifs de mise en œuvre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ Permettre un suivi interprofessionnel et coordonné de ces patients entre médecins et infirmiers libéraux afin qu'ils puissent bénéficier d'une prise en charge adaptée à leurs besoins, en toute proximité et sécurité. ♣ Eviter et/ou prévenir les situations pouvant amener à une rupture de parcours, à une décompensation de maladie chronique, à une plus forte dépendance ou à une hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> - éviter les transferts inutiles et l'inconfort du patient - prévenir les hospitalisations évitables - éviter le risque d'infection nosocomiale - favoriser le maintien à domicile ♣ Renforcer le binôme médecin-infirmier maillon opérationnel « historique » des prises en charge de proximité ♣ Développer une approche centrée sur le patient : l'équipe MG-IDE établit un plan personnalisé de soin pour le maintien à domicile du patient, en assure le suivi et procède à des évaluations périodiques du patient, observé de façon holistique (organique, psychique et social) ♣ Réduire la charge de travail des Médecins Traitants (MT) en termes de Visite A Domicile (VAD) et dégager du temps médical pour d'autres prises en charge ♣ Valoriser la coordination médecins-infirmiers <p><u>Patients et pathologie(s) concernés par le protocole :</u> Patients majeurs en situation de handicap, et patients de plus de 65 ans, dont l'état de santé nécessite un suivi médical et qui ne peuvent pas se déplacer au cabinet médical pour cela.</p> <p><u>Intervalle d'âge des patients :</u> patients majeurs en situation de handicap et plus de 65 ans pour les patients âgés</p> <p><u>Professionnels concernés</u> Les professionnels concernés collaborent dans un cadre d'exercice coordonné tel que : Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), Centre De Santé (CDS), Equipes de Soins Primaires (ESP), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). La structure d'exercice coordonné est en capacité de porter le protocole en termes d'outil, de temps de concertation, tarification et gestion de rémunération des professionnels de santé. Qualification professionnelle et spécialité des délégants : médecin généraliste Qualification professionnelle et spécialité des délégués : infirmier diplômé d'Etat</p> <p><u>Lieux de mise en œuvre :</u> au cabinet du MT et/ou de l'IDEL et au domicile des patients</p>	<p>Annexe 1 : Objectifs généraux, contexte et présentation générale du protocole</p>
III	<p>3. Critères d'inclusion des patients (définir précisément tous les critères)</p>	<p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients de plus de 65 ans ou patients majeurs présentant toute forme de handicap reconnu par la MDPH à l'exclusion d'affection psychiatrique non stabilisée • Pour lesquels le médecin s'est déplacé au moins 3 fois au domicile l'année précédente et/ou ayant un score modifié < 1 pour les déplacements sur l'échelle IADL (Echelle « Instrumental Activities of Daily Living ») <p>La vérification des critères d'inclusion se fait par le MT ou par l'IDE lors d'une consultation au domicile, lors d'une revue de dossier par le MT, lors d'un échange MT/IDE.</p>	<p>Annexe 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérification des critères d'éligibilité du patient et recueil de son consentement - Formulaire de demande d'inclusion
	<p>4. 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)</p>	<p><u>Critère 1 :</u> Refus du patient ou de son représentant légal/tuteur <u>Critère 2 :</u> Impossibilité de suivi à domicile en raison du contexte (insalubrité, problématique sociale non résolue, absence d'entourage)</p>	

		<p><u>Critère 3</u> : Patient dont l'état de dépendance a nécessité ou nécessite la mise en place d'une Démarche de Soins Infirmiers (DSI) ou d'un Bilan de Soins Infirmiers (BSI)</p> <p><u>Critère 4</u> : patient polyhandicapé</p>	
	<p>5. Organisation de l'inclusion et modalités d'information et d'accord des patients (ou celui de l'entourage pour les mineurs et les personnes sous mesure de protection¹ si inclus)</p>	<p>1- Le médecin (le délégant) et l'IDE (le délégué) adhèrent au protocole.</p> <p>2- Identification des patients susceptibles d'être inclus : au cabinet du MT, lors d'une VAD du MT ou de l'IDE</p> <ul style="list-style-type: none"> - par l'IDE qui sollicite alors le médecin (délégant) - par le médecin qui sollicite alors l'IDE (délégué) <p>3- Le délégant et le délégué vérifient, lors d'une réunion spécifique délégant/délégué, les critères d'éligibilité au protocole du patient en s'aidant de la grille en annexe 2, dans l'ordre et selon la procédure qui leur conviennent. Si ces critères sont réunis, le délégué ou le délégant propose au patient d'être pris en charge dans le cadre du protocole de coopération, lors d'une visite à domicile en lui apportant l'information nécessaire, recueille son consentement écrit ou celui de son ayant droit. Ce consentement est archivé dans le dossier du patient conformément à l'article L1111-4 du code de la santé publique.</p> <p>En cas de refus du patient ou de son représentant légal/tuteur et/ou personne ressource, le suivi du patient s'effectue selon l'organisation habituelle par le médecin traitant.</p> <p>4- Le délégué recueille auprès du médecin traitant (par téléphone) et du patient (au domicile), les données pour préparer le Plan Personnalisé de Santé (PPS). Il communique au patient la date convenue de sa visite commune avec le médecin à son domicile.</p> <p>5- Lors et à la suite de cette visite commune au domicile du médecin délégant et de l'IDE délégué, en présence du patient, de son référent familial et s'il y a lieu de son représentant légal et de sa personne de confiance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration du PPS par l'IDE et le médecin (annexe 3). - Programmation de la périodicité des visites du médecin hors demande spécifique du délégué ou du patient - Prévision d'une seconde visite commune à 6 mois pour actualisation du PPS - Ouverture d'un dossier médical partagé (DMP), dépôt dans le DMP du Volet de Synthèse Médicale (VSM) et du PPS. 	
IV	<p>6. Description synthétique par un algorithme du parcours du patient dans le cadre du protocole incluant à partir de l'inclusion toutes les étapes de prise en charge, la fréquence et la périodicité des consultations avec le délégant ou le délégué, les réorientations vers le délégant...</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>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, faire figurer en annexes les documentations et outils nécessaires</p> <p><i>Nb : les dérogations peuvent porter sur la réalisation d'examens cliniques ou complémentaires, la réalisation de test, la prescription d'examens complémentaires ou de traitements hors compétences des délégués, sans oublier celles relatives aux entretiens avec les patients</i></p>	<p>Lors de la visite initiale médecin traitant-IDE au domicile, à l'entrée du patient dans le protocole de coopération, une évaluation de situation pour l'application des délégations est effectuée avec, s'il y a lieu, des recommandations écrites individualisées aux besoins de santé du patient et à l'adaptation des thérapeutiques en cours. Ces recommandations sont inscrites dans le PPS et co-signées par le délégué et le délégant. Une visite commune délégant/délégué est prévue tous les 6 mois au domicile du patient.</p> <p><u>Dérogation 1*</u> : Prévention de la déshydratation par adaptation des traitements par diurétiques et anti hypertenseurs en cas de forte chaleur et autres circonstances sur une durée de 2 à 7 jours, et prise en charge d'un patient présentant des signes cliniques et biologiques de déshydratation après avis du médecin délégant et en anticipation de son intervention</p> <p><u>Dérogation 2</u> : Identification du risque de chute, prescription de mesures urgentes et proposition d'un programme de prévention en lien avec le médecin délégant</p> <p><u>Dérogation 3</u> : Diagnostic de la dénutrition et mise en place d'actions de correction en lien avec le médecin délégant</p> <p><u>Dérogation 4</u> : Renouvellement et adaptation des antalgiques de niveau 1 prescrits par le délégant</p> <p><u>Dérogation 5</u> : Renouvellement et adaptation des laxatifs prescrits par le délégant</p> <p><u>Dérogation 6</u> : Renouvellement et adaptation des dispositifs compression veineuse force 2 (pose et retrait) prescrits par le délégant</p> <p><u>Dérogation 7</u> : Renouvellement et adaptation des topiques antifongiques prescrits par le délégant</p> <p><u>Dérogation 8</u> : renouvellement des collyres prescrits par le délégant ou un autre médecin pour une pathologie oculaire chronique</p> <p><u>Dérogation 9</u> : Initiation et adaptation de collyres en cas d'irritation oculaire ou de conjonctivite due à une affection virale ou bactérienne</p> <p><u>Dérogation 10*</u> : Adaptation des diurétiques en cas de décompensation modérée chez des patients traités pour insuffisance cardiaque, en anticipation de l'intervention du médecin délégant.</p> <p><u>Dérogation 11</u> : Adaptation des AVK en fonction de l'INR et des pathologies du patient</p> <p>*Les dérogations 1 et 10 ne pourront être déléguées pour le même patient de façon synchrone.</p>	<p>Annexe 3 : modèle de PPS source HAS</p> <p>Annexe 4 à 14 : Arbres décisionnels des dérogations, ordonnances types, indications des normes attendues en cas de besoin d'interprétation de résultats par les délégués, selon une logique de résolution des événements et du maintien à domicile</p> <p>Annexe 15 : tableau récapitulatif des normes attendues</p>
V	<p>8. Modalités envisagées pour le partage des données de santé et la coopération entre délégants et délégués.</p>	<p><u>Modes de collecte, de traçabilité et de partage des données de santé entre délégants et délégués</u></p> <p>Si leur appartenance à une même structure de soins coordonné le permet, le délégué et le délégant partagent le dossier médical du patient. Après chaque visite auprès du patient, le délégué complète le dossier par le compte-rendu (CR) de son intervention, les résultats d'examens, les ordonnances renouvelées, adaptées, initiées.</p> <p>Lorsque la situation le justifie le recours à la télémédecine par téléconsultation (TCL) ou téléexpertise (TLE) se fait au moyen d'outils sécurisés, conformes aux normes nationales.</p> <p>Délégués et délégants partagent les données de santé par un logiciel sécurisé de coopération mis à disposition régionalement ou localement répondant aux normes nationales. Le délégué transmet par ce canal les documents (compte-rendu, résultats d'examen, images, etc.), relatif à chacune de ses interventions pour intégration au dossier du patient.</p> <p>Le délégué a accès au Volet Médical de Synthèse versé dans le DMP à l'entrée du patient dans le protocole.</p> <p>Le délégué notifie au délégant les épisodes aigus et événements intercurrents qu'il a identifiés ou pour lesquels il a été appelé par le patient. Le délégant informe le délégué par le même moyen de toute modification du traitement réalisée par lui-même ou par un autre médecin spécialiste.</p> <p>Le PPS recueille les coordonnées de la pharmacie d'officine de ville et du laboratoire d'analyses médicales pour assurer les échanges en télémédecine.</p> <p><u>Les outils :</u></p> <p>Tous les outils existants, fonctionnant en mode sécurisé et utilisables par les professionnels de santé : dossier médical informatisé partagé avec possibilité de tchat, DMP (situé dans Mon Espace Santé) Messagerie Sécurisée de Santé, logiciels de recueil des événements indésirables, outil d'envoi d'images et de fichiers, applications et solutions de télé expertise promue par les Agences régionales de Santé (ARS).</p> <p>Un dossier de liaison papier peut également être mis en place au domicile</p>	

		Dossier utilisé : informatique <input checked="" type="checkbox"/> – papier <input checked="" type="checkbox"/> Si dossier informatique, Identifiant et mots de passe personnels : oui	
	9. Modalités de transmission des informations à l'ensemble des professionnels de santé concernés par la prise en charge du patient afin d'assurer la continuité des soins Prioriser un cadre sécurisé de transmission	<u>Aux autres professionnels de santé (fréquence, contenu, ...)</u> Fiche d'information aux correspondants mise à jour à chaque visite, consultable par tous les professionnels concernés par la prise en charge (PEC) (...)	Annexe 16 le cas échéant : modèle type de courrier
VI	10. Conditions d'expérience professionnelle et de formation complémentaire théorique et pratique requises de la part du ou des professionnels délégués	<u>Qualification (diplôme) et expérience professionnelle (durée et lieu d'expérience) requis des délégués :</u> 1° situation : Infirmier diplômé d'état avec 2 années d'exercice temps plein en libéral Avant son installation en activité libérale, l'IDE justifie : - soit de 24 mois en institution - soit de 18 mois en institution plus 6 mois de remplacement en libéral Soit au total, 4 ans d'exercice infirmier après l'obtention du diplôme d'Etat Ou 2° situation : 3 ans minimum d'exercice infirmier en Centre de Santé	

	<p><u>Formation commune aux délégants et délégués visant à leur appropriation des modalités du protocole, organisée et mise en œuvre par la structure d'exercice : 2 demi-journées</u></p> <p>Compétences à acquérir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ S'approprier les objectifs et les lignes directrices du protocole ○ Réaliser l'inclusion des patients éligibles au protocole ○ Participer à l'élaboration du PPS ○ Utiliser les outils numériques d'échange et de partage sécurisés des données médicales utilisées dans le cadre du protocole <p>Objectifs pédagogiques : à la fin de la formation les délégués et les délégants seront capables</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ D'expliciter les conditions d'éligibilité au protocole ○ D'apporter aux patients et à leur entourage l'information sur le protocole et de répondre à leurs questions à ce sujet ○ D'élaborer un PPS à l'aide du document prévu par le protocole et des recommandations HAS ○ De reporter (délégués) et de consulter (délégants) dans le dossier des patients les comptes-rendus et les résultats des interventions prévues par le protocole ○ De réaliser une télé expertise ○ De maîtriser des outils numériques utilisés pour la mise en œuvre du protocole <p>Déroulement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Visionnage d'une vidéo de présentation du protocole ○ Présentation des recommandations de la Haute Autorité en Santé (HAS) sur l'élaboration et la mise en place d'un PPS ○ Jeux de rôle sur l'inclusion des patients, l'élaboration d'un PPS et la réalisation d'une télé expertise ○ Utilisation pour un patient fictif des outils numériques choisis pour le protocole <p><u>Formation des délégués par les délégants visant à l'acquisition par les délégués des nouvelles compétences nécessaires à la mise en œuvre des délégations</u></p> <p>Les compétences à acquérir, objectifs pédagogiques, déroulement de la formation et modalités de validation sont intégrés aux arbres décisionnels propre à chaque délégation de compétences.</p> <p>En plus de la formation théorique propre à chaque délégation, une formation pratique globale consistera en l'observation par le délégué de 2 demi-journées de visite à domicile par un médecin délégant auprès de patients éligibles au protocole</p> <p>La validation de la formation relative aux 9 premières dérogations est un préalable à la mise en œuvre du protocole.</p> <p>La validation des deux autres modules de formation sur la prise en charge d'une décompensation modérée d'insuffisance cardiaque et sur l'adaptation des AVK peut intervenir par la suite si les premiers patients pris en charge ne sont pas concernés par ces pathologies et traitements.</p> <p><u>Maintien des compétences :</u></p> <p>Le maintien des compétences est assuré par la prise en charge minimale de 2 à 3 patients la première année, avec montée en charge les années suivantes, par délégué et par les actions de formation complémentaires décidées lors des réunions de révision des dossiers.</p> <p><u>Formation continue :</u></p> <p>Interne : ajustement du protocole et des connaissances au regard de l'actualisation des recommandations de bonnes pratiques liées aux dérogations</p> <p>Externe : participation à des formations de développement professionnel continu (DPC), congrès, séminaires, journées professionnelles sur les thématiques des dérogations prévues au protocole</p>	
--	---	--

VII	11. Disponibilité et interventions requises du professionnel délégant	<p><u>Mode d'organisation en équipe pour assurer la disponibilité d'un nombre suffisant de délégants :</u> Afin d'assurer la continuité des soins, le délégant est joignable et peut répondre aux questions du délégué.</p> <p>En cas d'absence programmée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du délégué : un infirmier remplaçant, adhérant au protocole, informé au préalable du dossier du patient par le délégué, assure l'activité décrite au protocole. • Du délégant : un médecin généraliste remplaçant, adhérant au protocole et informé du dossier du patient au préalable par le délégant, assure l'activité de coopération décrite au protocole. <p><u>Modalités de supervision par le délégant :</u> Le délégué sollicite le délégant chaque fois que prévu par le protocole ou que la situation l'exige par téléphone, messagerie ou télé expertise et peut organiser une téléconsultation avec le patient.</p> <p>Le délégué et le délégant se rencontrent à minima 3 fois par an pour des réunions de revue de dossier. Lors de ces réunions les actions menées par le délégué et leur pertinence sont vérifiées, avec l'objectif de repérer les activités incomplètes ou inadaptées. Les difficultés identifiées peuvent faire l'objet d'action de formation complémentaires.</p> <p>Le patient est revu à domicile par le délégant à la périodicité minimale définie dans le PPS : chaque semestre.</p> <p>Un même délégué peut avoir plusieurs délégants.</p>	
		<p><u>Critères d'alerte au délégant et de réorientation par le délégué vers le délégant</u> En sus des retours au délégant prévus par les arbres décisionnels, le délégué alerte systématiquement et immédiatement le délégant des situations à risques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dégradation rapide de l'état clinique et des constantes du patient - Demande du patient de sortir du protocole - Tout événement et situation de soins hors protocole ou ressentis comme telle par le délégué - Perte de repère, incompréhension du patient sur son parcours de soin - Difficulté de coordination de la prise en charge du patient entre délégué et délégant 	
		<p><u>Modalités de gestion des urgences</u> Pour toute situation dépassant le cadre du protocole et relevant d'une urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - appel téléphonique immédiat au délégant, ou au remplaçant du délégant - appel du centre 15 	

VIII	<p>12. Principaux risques liés à la mise en œuvre du protocole. Procédure d'analyse des pratiques et de gestion des risques.</p>	<p>Risques identifiés à chaque étape de la mise en œuvre du protocole, en indiquant les mesures préventives prévues pour chaque risque identifié :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1089 275 1368 306">Etapes de la prise en charge</th> <th data-bbox="1368 275 1644 306">Identification des risques</th> <th data-bbox="1644 275 1920 306">Causes associées</th> <th data-bbox="1920 275 2193 306">Mesures préventives</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4" data-bbox="1089 306 2193 338">A. Inclusion au protocole de coopération</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1089 338 1368 583"> 1. Identification des patients susceptibles d'être inclus par : - Repérage par le délégué ou le délégant - Sollicitation du délégué par le délégant ou inversement </td> <td data-bbox="1368 338 1644 583"> Défaut d'inclusion par : - Repérage incorrect des critères - Demande inadaptée </td> <td data-bbox="1644 338 1920 583"> - Défaut de connaissance du protocole (critères d'inclusion, actes dérogatoires et prise en charge) - Données médicales incomplètes </td> <td data-bbox="1920 338 2193 583"> - Le délégant s'approprie le protocole avant mise en application - Former le délégué - Inclusion au protocole au domicile du patient par 1^o consultation commune avec présence délégué et délégant </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1089 583 1368 772"> 2. Recueil de données par le délégué en présence du patient pour préparer sa prise en charge et vérifier les critères d'inclusion </td> <td data-bbox="1368 583 1644 772"> Retard de prise en charge lié au : - Recueil de données incomplet - Manque de temps pour effectuer le recueil de données </td> <td data-bbox="1644 583 1920 772"> - Défaut de planification de l'entretien de recueil de données - Transmissions médicales partielles </td> <td data-bbox="1920 583 2193 772"> - Prévoir du temps pour l'entretien de recueil de données - Mettre en place une check-list de contrôle des inclusions </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1089 772 1368 1268"> 3. Recueil du consentement pour le protocole de coopération </td> <td data-bbox="1368 772 1644 1268"> - Refus de consentement (initial ou après inclusion) - Perte de repère, incompréhension du patient sur son parcours de soin - Rupture de suivi du patient avec le délégant et/ou le délégué </td> <td data-bbox="1644 772 1920 1268"> - Caractère incomplet ou incompréhensible des informations données au patient et explication du contenu du protocole et du bénéfice attendu - Défaut d'évaluation et/ou non-respect de l'état psycho émotionnel (stress) du patient - Inquiétudes du patient concernant la transmission et le stockage de ses données médicales personnelles (utilisation outils de télémédecine, dossier médical partagé délégant-délégué) </td> <td data-bbox="1920 772 2193 1268"> - Identifier le « bon moment » et prendre le temps nécessaire en utilisant la reformulation. - Expliquer au patient les bénéfices de l'inclusion au protocole sur sa prise en charge. - Actualiser et compléter les fiches d'information et consentement au regard des textes en vigueur (rôle délégant/délégué, outils de télémédecine) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1089 1268 1368 1654"> 4. Transmission par le délégué des informations au délégant et autres professionnels de santé en charge du patient </td> <td data-bbox="1368 1268 1644 1654"> Difficulté de coordination de la prise en charge du patient entre les différents professionnels </td> <td data-bbox="1644 1268 1920 1654"> - Défaut ou délai trop long de transmission de la lettre d'information de l'inclusion aux professionnels concernés - Méconnaissance des coordonnées des correspondants (laboratoires d'analyse, pharmaciens, kiné, médecins spécialistes) ou transmissions erronées ou partielles des coordonnées par le patient </td> <td data-bbox="1920 1268 2193 1654"> - Envoyer la lettre d'information d'inclusion en mentionnant les coordonnées du délégué concerné - Organiser et actualiser un dossier de suivi du patient à son domicile - Organiser la réception et l'enregistrement des actions de prise en charge menées par le/les correspondants </td> </tr> </tbody> </table>	Etapes de la prise en charge	Identification des risques	Causes associées	Mesures préventives	A. Inclusion au protocole de coopération				1. Identification des patients susceptibles d'être inclus par : - Repérage par le délégué ou le délégant - Sollicitation du délégué par le délégant ou inversement	Défaut d'inclusion par : - Repérage incorrect des critères - Demande inadaptée	- Défaut de connaissance du protocole (critères d'inclusion, actes dérogatoires et prise en charge) - Données médicales incomplètes	- Le délégant s'approprie le protocole avant mise en application - Former le délégué - Inclusion au protocole au domicile du patient par 1 ^o consultation commune avec présence délégué et délégant	2. Recueil de données par le délégué en présence du patient pour préparer sa prise en charge et vérifier les critères d'inclusion	Retard de prise en charge lié au : - Recueil de données incomplet - Manque de temps pour effectuer le recueil de données	- Défaut de planification de l'entretien de recueil de données - Transmissions médicales partielles	- Prévoir du temps pour l'entretien de recueil de données - Mettre en place une check-list de contrôle des inclusions	3. Recueil du consentement pour le protocole de coopération	- Refus de consentement (initial ou après inclusion) - Perte de repère, incompréhension du patient sur son parcours de soin - Rupture de suivi du patient avec le délégant et/ou le délégué	- Caractère incomplet ou incompréhensible des informations données au patient et explication du contenu du protocole et du bénéfice attendu - Défaut d'évaluation et/ou non-respect de l'état psycho émotionnel (stress) du patient - Inquiétudes du patient concernant la transmission et le stockage de ses données médicales personnelles (utilisation outils de télémédecine, dossier médical partagé délégant-délégué)	- Identifier le « bon moment » et prendre le temps nécessaire en utilisant la reformulation. - Expliquer au patient les bénéfices de l'inclusion au protocole sur sa prise en charge. - Actualiser et compléter les fiches d'information et consentement au regard des textes en vigueur (rôle délégant/délégué, outils de télémédecine)	4. Transmission par le délégué des informations au délégant et autres professionnels de santé en charge du patient	Difficulté de coordination de la prise en charge du patient entre les différents professionnels	- Défaut ou délai trop long de transmission de la lettre d'information de l'inclusion aux professionnels concernés - Méconnaissance des coordonnées des correspondants (laboratoires d'analyse, pharmaciens, kiné, médecins spécialistes) ou transmissions erronées ou partielles des coordonnées par le patient	- Envoyer la lettre d'information d'inclusion en mentionnant les coordonnées du délégué concerné - Organiser et actualiser un dossier de suivi du patient à son domicile - Organiser la réception et l'enregistrement des actions de prise en charge menées par le/les correspondants
Etapes de la prise en charge	Identification des risques	Causes associées	Mesures préventives																							
A. Inclusion au protocole de coopération																										
1. Identification des patients susceptibles d'être inclus par : - Repérage par le délégué ou le délégant - Sollicitation du délégué par le délégant ou inversement	Défaut d'inclusion par : - Repérage incorrect des critères - Demande inadaptée	- Défaut de connaissance du protocole (critères d'inclusion, actes dérogatoires et prise en charge) - Données médicales incomplètes	- Le délégant s'approprie le protocole avant mise en application - Former le délégué - Inclusion au protocole au domicile du patient par 1 ^o consultation commune avec présence délégué et délégant																							
2. Recueil de données par le délégué en présence du patient pour préparer sa prise en charge et vérifier les critères d'inclusion	Retard de prise en charge lié au : - Recueil de données incomplet - Manque de temps pour effectuer le recueil de données	- Défaut de planification de l'entretien de recueil de données - Transmissions médicales partielles	- Prévoir du temps pour l'entretien de recueil de données - Mettre en place une check-list de contrôle des inclusions																							
3. Recueil du consentement pour le protocole de coopération	- Refus de consentement (initial ou après inclusion) - Perte de repère, incompréhension du patient sur son parcours de soin - Rupture de suivi du patient avec le délégant et/ou le délégué	- Caractère incomplet ou incompréhensible des informations données au patient et explication du contenu du protocole et du bénéfice attendu - Défaut d'évaluation et/ou non-respect de l'état psycho émotionnel (stress) du patient - Inquiétudes du patient concernant la transmission et le stockage de ses données médicales personnelles (utilisation outils de télémédecine, dossier médical partagé délégant-délégué)	- Identifier le « bon moment » et prendre le temps nécessaire en utilisant la reformulation. - Expliquer au patient les bénéfices de l'inclusion au protocole sur sa prise en charge. - Actualiser et compléter les fiches d'information et consentement au regard des textes en vigueur (rôle délégant/délégué, outils de télémédecine)																							
4. Transmission par le délégué des informations au délégant et autres professionnels de santé en charge du patient	Difficulté de coordination de la prise en charge du patient entre les différents professionnels	- Défaut ou délai trop long de transmission de la lettre d'information de l'inclusion aux professionnels concernés - Méconnaissance des coordonnées des correspondants (laboratoires d'analyse, pharmaciens, kiné, médecins spécialistes) ou transmissions erronées ou partielles des coordonnées par le patient	- Envoyer la lettre d'information d'inclusion en mentionnant les coordonnées du délégué concerné - Organiser et actualiser un dossier de suivi du patient à son domicile - Organiser la réception et l'enregistrement des actions de prise en charge menées par le/les correspondants																							

Etapas de la prise en charge	Identification des risques	Causes associées	Mesures préventives
<p>B. Programmation :</p> <p>1. Des rendez-vous délégué-délegant pour effectuer la révision périodique des dossiers de chaque patient inclus dans le protocole programmé en co-responsabilité</p>	<p>Erreur de programmation liée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - erreur de dates, conflit d'agenda - erreur d'identité <p>Impossibilité d'ajouter un rendez-vous périodique dans un délai conforme au prévisionnel établi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Erreur de saisie - Erreur d'identitovigilance - Erreur de planification - Défaut de communication - Manque d'observance ou indisponibilité du patient, ou du délégué ou du délégant - Saturation des places de consultations, points de situation 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation complémentaire des professionnels délégants et délégués - Prioriser l'utilisation d'un agenda électronique - Vérifier l'enregistrement des coordonnées du patient - Systématiser l'envoi des convocations et des rappels à l'aide d'outils de communication adaptés au patient et à l'équipe de professionnels (mail, sms, appel téléphonique) - Evaluer lors de l'analyse de pratiques, l'adéquation entre l'activité et les moyens humains et matériels disponibles. - Développer les stratégies d'optimisation des plages de rendez-vous (manqués/reportés/annulés)
<p>2. Consultations :</p> <p>a) consultations mensuelles programmées effectuées au domicile par le délégué</p>	<p>Rendez-vous « manqué » par le délégué ou oubli du rendez-vous par le patient</p> <p>Augmentation du délai pour l'évaluation clinique, biologique nécessaire</p> <p>Nécessité de programmer une consultation en sus</p> <p>Patient non observant (prescriptions médicamenteuses, bilans...)</p> <p>Erreur d'interprétation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'auscultation - des résultats de bilans <p>Erreur de prescription :</p> <ul style="list-style-type: none"> -recopiage erroné du traitement depuis une ancienne ordonnance - adaptation de la posologie - aides techniques 	<p>Perte de confiance du patient</p> <p>Données médicales insuffisantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -dossier patient non disponible -résultats de bilan et/ou ordonnance des traitements en cours inaccessibles - recueil initial de données incomplet - traitement en cours non connu - résultat de bilan sanguin non transmis ou non fait <p>Problème médical à type d'instabilité du patient</p> <p>Absence inopinée du délégué</p> <p>Critère d'exclusion apparu après finalisation du processus d'inclusion</p> <p>Incompréhension du patient par :</p> <ul style="list-style-type: none"> -déli de la pathologie 	<p>Définir du temps dédié à l'anamnèse du dossier du patient avant consultation</p> <p>Rappeler l'importance de réunir les documents demandés (dernière ordonnance, derniers résultats de laboratoire...)</p> <p>Réévaluer le degré d'adhésion du patient au protocole</p> <p>Vérifier la transmission du traitement du patient au moment de l'inclusion</p> <p>Proposer des consultations avec un aidant/accompagnant</p> <p>Standardiser les modalités de prescription pour les traitements dont la posologie est réadaptée pendant la consultation et ceux à poursuivre ou à initier.</p> <p>Vérifier que la mention « <i>Les autres traitements</i> »</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - défaut d'explication ou de compréhension - problème de langue, surdité, troubles cognitifs ou troubles psychiatriques <p>Manque de connaissance du délégué sur les arbres décisionnels, les règles de bonnes pratiques de rédaction d'une ordonnance et les limites de son champ d'exercice</p> <p>Surcharge de travail : nombre/durée de consultations, interruptions itératives lors de la consultation</p>	<p><i>restent inchangés : liste des molécules sans précision des posologies</i> » est inscrite.</p> <p>Faire relire l'ordonnance au patient pour améliorer l'observance au traitement.</p> <p>Prévoir le plan de formation et d'actualisation des connaissances.</p> <p>Compléter les connaissances du délégué et les évaluer par le délégant.</p> <p>Avoir à disposition le tableau de conduite à tenir pour les signes d'aggravation de chaque dérogation la décision de l'orientation vers le délégant, le SAU et la sortie du protocole.</p> <p>Faire appel au délégant selon les arbres décisionnels des dérogations définissant les critères d'alerte (annexe 4)</p> <p>Reprogrammer sans délai les consultations selon l'évolution prévisible de la situation clinique.</p> <p>Ne pas assurer la permanence téléphonique pendant les consultations.</p> <p>Analyser les causes de surcharge de travail et établir un plan d'actions.</p>	
	<p>3. Permanence téléphonique assurée par le délégué dans les horaires d'ouverture communiqués aux patients</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Impossibilité d'assurer la permanence - Retard de prise en charge d'une alerte patient - Mauvaise compréhension /erreur d'orientation par le délégué - Mauvaise compréhension du patient - Erreur de patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence imprévue du délégué - Panne de téléphone - Pas d'accès au dossier médical du patient au moment de l'appel - Surcharge de travail/tâches simultanées - Incompréhension du patient par : <ul style="list-style-type: none"> - déni de la pathologie - défaut d'explication ou de compréhension 	<p>Utiliser un système de messagerie permettant de réorienter les patients</p> <p>Utiliser un système de boite vocale permettant le double appel</p> <p>Pratiquer systématiquement la reformulation avant de conclure la communication.</p> <p>Prévoir une solution de permanence de secours pendant la consultation</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - problème de langue, surdité, troubles cognitifs ou troubles psychiatriques - Manque de connaissance des règles de bonnes pratiques d'identitovigilance 	(appels transférés vers une secrétaire par exemple) Actualiser les connaissances du délégué et les évaluer par le délégant
	4. Information intermédiaire, par le délégué, au délégant, aux correspondants après chaque consultation en présentiel ou en télémédecine dans un délai selon les recommandations en vigueur	Défaut d'information du correspondant associant le risque d'erreur dans la suite de la prise en charge car : <ul style="list-style-type: none"> - CR non fait - CR imprécis - CR non reçu - Réception de CR hors délai Mauvaise coordination après gestion d'un �v�nement intercurrent	Manque de temps/ moyen ou organisation Erreur de coordonnées du correspondant Absence du correspondant	Vérifier et actualiser le classeur de coordination de suivi remis au patient Vérifier les coordonnées des correspondants Utiliser le dossier informatique partagé Informer le délégant et les correspondants lors de la survenue d'un �v�nement intercurrent
	5. Visites communes programm�es tous les 6 mois, sollicitation téléphonique, TLC, TLE, du délégant par le délégué	Absence du délégant constatée au moment du RDV programmé VAD, TLC, TLE Pas de réponse du délégant aux sollicitations téléphoniques	<ul style="list-style-type: none"> - Absence du délégant par oubli ou imprévu - Panne de téléphone - Pas d'accès aux outils TLC et TLE moment de l'appel - Surcharge de travail/tâches simultanées 	Utiliser un système de messagerie permettant de réorienter le délégué Utiliser un système de boite vocale permettant le double appel Prévoir une solution de permanence de secours pendant la consultation (appels transférés vers une secrétaire par exemple)

Etapes de la prise en charge	Identification des risques	Causes associées	Mesures préventives
C. Sortie du protocole			
1. Décision de fin de prise en charge par le délégué (critères de sorties) : <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'état de santé : le patient se rend au cabinet du médecin traitant sans difficultés - Aggravation de l'état de santé général avec prise en charge nécessaire non prévue dans le protocole 	Décision prématurée de fin de prise en charge Absence de décision de fin de prise en charge	Mauvaise lecture des arbres décisionnels/conduites à tenir Manque de réactivité du délégué Manque de réactivité du délégant	Compléter les connaissances du délégué et les évaluer par le délégant
2. Décision de sortie du protocole par le patient	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de signalement du patient, absence aux rendez-vous - Souhait du patient d'interrompre le protocole 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de suivi régulier/manque de réévaluation - Problème organisationnel - Erreur d'interprétation des intentions du 	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des CREX et analyse de pratique 1x/an - Coordonner le relais d'équipe - Etablir des procédures de sorties de protocole

			patient/incompréhension soignant-soigné			
		3. Information du(es) correspondant(s) par le délégué de la sortie du patient du protocole	Mauvaise coordination de suivi		Actualiser les coordonnées des correspondants tout au long de la prise en charge dans le protocole de coopération	
		4. Décision de sortie sur simple demande : - du Délégant - du Délégué	- Rupture dans la continuité de la prise en charge du patient	- Manque d'anticipation	Etablir un plan d'action délégué/délégant pour envisager les actions à mettre en œuvre face à cette éventuelle situation	
		<p><u>Modalités de recueil des évènements indésirables (EI)</u> Une personne responsable de ce recueil est identifiée au sein de l'équipe</p> <p>La fiche de recueil et support d'analyse d'évènement indésirable est renseignée par le professionnel constatant la survenue de l'EI</p> <p>L'EI est signalé à l'Autorité Sanitaire selon les modalités définies</p> <p><u>Modalités d'analyse et de traitement des évènements indésirables</u> Lors des réunions périodiques de coordination et d'analyse de pratiques à partir de la fiche de recueil et support de l'analyse</p> <p>Etude situationnelle selon la méthode PRisM, identification d'actions correctives et mise en œuvre</p> <p><u>Périodicité des réunions de coordination et d'analyse de pratiques délégants/délégués</u> Réunions de coordination et d'analyse de pratiques délégants/délégués trois fois par an (ou plus selon les situations) afin d'évaluer les pratiques professionnelles, en associant, selon le besoin, les autres intervenants pour la prise en charge globale du patient</p>				
IX	13. Indicateurs de suivi (la complétion des champs signalés par une étoile* est obligatoire) et préciser les valeurs attendues et celles qui peuvent provoquer la suspension ou l'arrêt du protocole	<p><u>Nombre de délégués par délégant</u></p> <p><u>Nombre de délégants par délégué</u></p> <p><u>Nombre de patients effectivement pris en charge au titre du protocole*</u></p> <p><u>Taux de reprise (réorientation) par le délégant *</u></p> <p><u>Taux d'événements indésirables (EI) déclarés* :</u> <u>Nombre d'événements indésirables graves (EIG) déclarés* (suspension ou arrêt du protocole si >0)</u></p> <p><u>Taux de satisfaction des professionnels de santé* :</u> <u>Taux de satisfaction des patients ou tuteur/curateur</u></p>				<p>Annexe n° 17: fiche de recueil et support d'analyse de l'EI, recherche d'actions correctives</p> <p>Annexe 18 : questionnaires de satisfaction délégant / délégué/patient</p> <p>Annexe 19 : Tableau de suivi des indicateurs</p>

X	<p>14. Références bibliographiques (<i>recommandations de bonnes pratiques et références réglementaires</i>)</p>	<p>Recommandations professionnelles (HAS, autres recommandations reconnues, recommandations étrangères reconnues)</p> <p>HAS Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA (has-sante.fr) Décembre 2015</p> <p>Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de coordination en santé (has-sante.fr) Octobre 2019</p> <p>HAS : liste des échelles de la douleur - https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/liste_echelles_douleur_2019.pdf</p> <p>HAS Fiche de bon usage des soins : La compression médicale dans les affections veineuses chroniques FBUTS (has-sante.fr) Décembre 2010</p> <p>https://www.has-sante.fr/jcms/r_1437989/fr/la-compression-medicate-dans-les-affections-veineuses-chroniques-et-limitees-fiche-but</p> <p>HAS – Recommandations sur la prévention du risque de chutes : « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? » https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-repere Mai 2013</p> <p>HAS. DPC – Exercice coordonné et protocolé d’une équipe pluriprofessionnelle de soins en ambulatoire Juin 2018</p> <p>HAS Comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ? FICHE ORGANISATION DES PARCOURS (has-sante.fr) 2016</p> <p>HAS Guide parcours de soins insuffisance cardiaque guide parcours de soins ic web.pdf (has-sante.fr) 2014</p> <p>Haute Autorité de Santé - Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par anti vitamines K en ville et en milieu hospitalier (has-sante.fr) Septembre HAS 2008</p> <p>Haute Autorité de Santé - Guide parcours de soins Fibrillation atriale (has-sante.fr) mai 2014</p> <p>Haute Autorité de Santé - Le pied de la personne âgée : approche médicale et prise en charge de pédicurie-podologie (has-sante.fr) Décembre 2020</p> <p>Haute Autorité de Santé - Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus (has-sante.fr) Novembre 2021</p> <p>Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée (2007) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf</p>	

	<p><u>Recommandations 2016 pour la pratique clinique de la Société Nationale Français de Colo-Proctologie sur la prise en charge de la constipation.</u></p> <p>https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/constipation-adulte/definition-symptomes-facteurs-favorisants#:~:text=La%20constipation%20se%20d%C3%A9finit%20par,une%20difficult%C3%A9%20pour%20les%20%C3%A9vacuer.</p> <p>Constipation chez un adulte l'essentiel sur les soins de premier choix. 2020 La rédaction PRESCRIRE</p> <p><u>PILL2 2020 infections cutanéomuqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant UE 6 n° 152</u></p> <p>Mycose des ongles l'essentiel sur les soins de premier choix. 2019 La rédaction PRESCRIRE Intertrigo des orteils l'essentiel sur les soins de premier choix. 2021 La rédaction PRESCRIRE Intertrigo des grands plis l'essentiel sur les soins de premier choix. 2021 La rédaction PRESCRIRE</p> <p>Item 81 (item 212) : Œil rouge et/ou douloureux Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France (COUF) Université Médicale Virtuelle Francophone 2013 Conjonctivite aiguë infectieuse l'essentiel sur les soins de premier choix. 2020 La rédaction PRESCRIRE Conjonctivite allergique saisonnière l'essentiel sur les soins de premier choix. 2020 La rédaction PRESCRIRE</p> <p><u>Echelles d'évaluation de la douleur</u> https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/liste_echelles_acceptees_2022.pdf</p> <p><u>Références bibliographiques :</u></p> <p>CNAM 2015 Dénutrition chez la personne âgée (> 70 ans) et aide à la prescription des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) denutrition-aide-prescription-cno_assurance-maladie.pdf</p> <p>OMEDIT Normandie 2018. Recommandations pour l'élaboration d'un protocole pluri professionnel de soins de 1er recours pour la gestion des médicaments anti vitamine K recommandations-et-protocole-pluriprofessionnel-avk-normandie-5-01-2018.pdf (omedit-normandie.fr)</p> <p>Protocole de coopération : Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0303 du 31/12/2019 (legifrance.gouv.fr)</p>	
--	---	--

Récapitulatif des annexes

Annexe 1	Objectifs généraux, contexte et présentation générale du protocole
Annexe 2	Document précisant le contenu du protocole et les modalités d'adhésion
Annexe 3	Modèle type de PPS
Annexe 4 à 14	Arbres de décisions pour chaque dérogation
Annexe 15	Tableau récapitulatif des normes attendues
Annexe 16	Modèle type de courrier d'orientation par le délégué à un autre PS que le délégant
Annexe 17	Fiche de recueil et support d'analyse des EI, proposition des actions correctives
Annexe 18	Questionnaires pour le recueil de la satisfaction des professionnels de santé et du patient ou tuteur/curateur
Annexe 19	Tableau de suivi des indicateurs

Annexe 1. Objectifs généraux, contexte et présentation générale du protocole

Objectifs de mise en œuvre :

- ♣ Permettre un suivi interprofessionnel et coordonné de ces patients entre médecins et infirmiers afin qu'ils puissent bénéficier d'un suivi et d'une prise en charge adaptés à leurs besoins, en toute proximité et sécurité.
- ♣ Eviter et/ou prévenir les situations pouvant amener à une rupture de parcours, à une décompensation de maladie chronique, à une plus forte dépendance ou à une hospitalisation
Par conséquent :
 - éviter les transferts inutiles et l'inconfort du patient
 - éviter les hospitalisations évitables
 - éviter le risque d'infection nosocomiale
 - favoriser le maintien à domicile
- ♣ Renforcer le binôme médecin-infirmier maillon opérationnel « historique » des prises en charge de proximité : réaffirmer la pertinence clinique de ce binôme
- ♣ Développer une approche centrée sur le patient : l'équipe MG-IDE établit un plan personnalisé de soin, en assure le suivi et procède à des évaluations périodiques du patient, vu de façon holistique (organique, psychique et social)
- ♣ Faciliter le repérage et le dépistage des risques du public cible par les IDE pour prévenir toute dégradation de l'état de santé des patients suivis
- ♣ Mettre en place un projet personnalisé de soins efficient pour le maintien à domicile du patient
- ♣ Adapter la prise en charge, aides nécessaires, thérapeutique, aux besoins de santé en temps réel. Faciliter les échanges MG-IDE pour un suivi continu
- ♣ Mettre en place un système d'alerte en cas de dégradation de la situation du patient
- ♣ Déterminer les facteurs de risques pouvant rendre le maintien à domicile difficile et entraîner une institutionnalisation
- ♣ Renforcer les compétences des professionnels de santé concernés par ce protocole et en développer de nouvelles
- ♣ Constituer autour du patient un cercle de soignants fédérés par une même vocation et vision dont le protocole est la concrétisation opérationnelle, recréant ainsi au domicile un collectif social centré sur le patient : manière de resocialiser au travers d'un collectif d'appartenance de substitution, 1er pas vers une réintégration sociale

Critères de succès :

Préalablement à la coopération :

- ♣ Définir une vocation commune : culture des pratiques qui fera sens individuellement et collectivement : ceci permettra ainsi d'assurer une prise en charge holistique de la santé, au plus proche du sujet et selon la définition mondiale de la Santé : « La Santé ne consiste pas à être exempt de maladie. C'est un état de bien-être physique, psychique et social » [définition Organisation Mondiale de la Santé - OMS]. Autrement dit ici il s'agit de garantir, au travers d'une coopération renforcée, un état de bien-être physique et psychique, ainsi qu'un lien social, évitant l'exclusion.
- ♣ Ainsi être en bonne santé ne signifie pas être exempt de maladie ou d'infirmité mais être en mesure de rester ou de rejoindre son collectif d'appartenance
- ♣ Le collectif des soignants et des aidants ainsi constitué et coordonné autour du binôme médecin-infirmier devient un collectif d'appartenance permettant une inclusion dans le social, retardant d'autant l'exclusion et le rejet. Tous ces facteurs contribuent au maintien à domicile

Contexte d'élaboration du protocole :

Selon un rapport de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire de 2018 :

- les médecins généralistes sont en sous-effectif au regard des besoins en santé
- les difficultés d'accès aux soins moins marquées pour les autres professionnels de santé : les infirmiers notamment, profession de santé la plus nombreuse en France, leur nombre est à son maximum historique
- la coopération entre professionnels de santé, une urgence pour optimiser le temps médical et améliorer la qualité des soins
- Les VAD sont essentielles aux soins ambulatoires compte tenu des changements démographiques et du nombre croissant des patients fragiles et dépendants.
- La visite à domicile est imprégnée d'humanisme, avec un rôle social important, celui de permettre d'être maintenu dans le collectif
- Mais les visites à domicile nécessitent du temps et celui du médecin est de plus en plus amputé par des tâches administratives
- Cependant Le médecin traitant est un maillon essentiel de la chaîne des soins et des aides des personnes âgées et /ou dépendantes pour leur maintien à domicile
- les techniques modernes ne doivent pas prendre l'ascendant sur une approche humaniste et ne sauraient remplacer une présence humaine

Ce protocole s'inscrit dans l'objectif de ma santé 2022 : « créer un collectif de soins aux services des patients » et dans la mise en œuvre de la mesure 28.5 du Ségur de la santé : « renforcer les interventions des professionnels libéraux sur les lieux de vie des personnes âgées ».

Présentation générale du protocole :

A la suite d'une visite initiale conjointe entre médecin traitant et infirmier, un plan personnalisé de santé est élaboré à partir du modèle établi par la HAS, puis un suivi mensuel est réalisé par l'infirmier en coordination avec le médecin. Le retour des interventions de l'IDE vers le médecin traitant doit être fait par messagerie sécurisée, et directement dans le dossier du médecin traitant dans la mesure du possible. La périodicité des visites au domicile par le médecin est programmée sur une base significativement réduite. Au sixième mois et au terme de la période déterminée par le protocole, une nouvelle visite conjointe est réalisée pour évaluation, réajustement et renouvellement du protocole.

Dans le cadre du protocole, la responsabilité est partagée entre le délégué et le délégant (assurantielle et pénale)

Annexe 2. Vérification des critères d'éligibilité au protocole et recueil du consentement du patient

Formulaire de demande d'inclusion dans le protocole : Coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou en situation de handicap en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins

Cher Collègue,

Je souhaite que M/Mme.....soit inclus dans le protocole de « coopération entre médecin-IDE pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou en situation de handicap en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins ».

Nom..... Prénom..... Date de naissance.....

N° de tél..... Adresse.....

Résumé clinique :

.....

Demandeur : Nom : Prénom : Fonction :

Téléphone : Courriel : Adresse :

Date de la demande : **Signature :**

Merci de commencer à vérifier l'éligibilité au protocole en remplissant la grille ci-dessous

	Médecin		IDE	
	OUI	NON	OUI	NON
Age >65 ans ou majeur en situation de handicap reconnu par la MDPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun des deux critères suivants n'est présent				
<input type="checkbox"/> Au moins trois visites à domicile par le médecin depuis un an				
<input type="checkbox"/> Score de déplacement IADL < 1				
- 1- Le patient utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 1- Le patient organise ses déplacements en taxi mais autrement n'utilise aucun transport public				
- 1- Le patient utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné				
- 0- Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un				
- 0- Ne se déplace pas (ou non réalisable)				
Le patient présente un polyhandicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient est suivi dans le cadre d'un Bilan de Soins Infirmier (BSI) ou d'une Démarche de Soins Infirmiers (DSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le suivi à domicile est rendu impossible par l'insalubrité du domicile ou par une problématique sociale non résolue ou par l'absence d'entourage	<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

Madame, Monsieur,

Compte tenu de vos difficultés pour vous déplacer au cabinet de votre médecin traitant, l'équipe constituée de votre médecin traitant et d'un infirmier(ère) libéral(e) vous propose d'être pris en charge à votre domicile par une infirmière spécifiquement formée dans le cadre d'un protocole autorisé par le Ministère de la Santé. Ce suivi a pour but d'assurer une réponse adaptée à vos besoins de santé, de prévenir et/ou d'éviter les situations pouvant amener à une rupture de soins, à une hospitalisation évitable et ainsi de stabiliser votre santé et favoriser votre maintien à domicile.

Dans le cadre de ce suivi, les visites à domicile de votre médecin traitant seront plus espacées. Cependant vous conserverez la possibilité de l'appeler directement si vous le souhaitez.

L'infirmier (ère) en charge de votre suivi :

- Effectuera une consultation mensuelle à votre domicile et pourra se déplacer entretemps à votre domicile si vous lui demandez
- Pourra identifier et prendre les premières mesures pour prévenir certains risques si vous y êtes exposé comme une déshydratation, une dénutrition, une chute
- Pourra renouveler et adapter certains traitements prescrits par votre médecin traitant pour vous soulager, en cas de symptômes le nécessitant : médicaments contre la douleur, laxatifs, renouvellement et initiation de collyres, pommades contre les mycoses, dispositifs de compression veineuse
- Pourra adapter la posologie des diurétiques, antihypertenseurs, anticoagulants si ces traitements vous sont prescrits.
- Contactera votre médecin traitant chaque fois que nécessaire pour décider de la conduite à tenir et celui-ci interviendra auprès de vous s'il le juge utile par téléconsultation ou visite à domicile.

En signant ce document vous donnez votre consentement pour être pris en charge dans ce cadre. Ce document 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 médecin traitant

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 traitant :

Annexe 3. Modèle type de PPS adapté du document publié par l'HAS

La personne et ses contacts utiles				<i>Nom</i>	
				<i>Prénom</i>	
				<i>Date de naissance</i>	/ /
Date du PPS / /	Médecin traitant :	Infirmier(e) :	ALD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	N° sécurité sociale	
Adresse de la personne	Rue et N°	Code Postal et ville	Tel	Email	
Professionnel d'aide à la vie quotidienne	Nom :	<i>Tel</i>	<i>Email</i>		
Référent familial /amical	Nom :	<i>Tel</i>	<i>Email</i>	APA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Personne de confiance		<i>Tel</i>	<i>Email</i>	Directives anticipées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le cas échéant représentant légal	Nom	<i>Tel</i>	<i>Email</i>		

	Initiation du protocole		Actualisation à 6 mois	
Principales pathologies diagnostiquées - Pathologie 1 - Pathologie 2 - Pathologie 3 - ...				
Traitements prescrits au patient selon ordonnance la plus récente du MT				
Problématiques médico-sociales identifiées	Résolue	Non résolue	Résolue	Non résolue
Aidant familial fragile ou épuisé				
Réseau familial / social faible ou éloigné				
Difficultés à utiliser le téléphone				
Impossibilité d'utiliser Internet au domicile				
Nécessité d'intervention au domicile d'une aide à la vie quotidienne (hors professionnel de santé)				
Autre				
Priorité(s) du patient concernant sa santé				
Problèmes prioritaires à résoudre du point de vue de l'équipe				
- Concernant la santé du patient				
- Concernant les aides nécessaires au patient				
Interventions médicales prévues dans les 6 prochains mois (citez laquelle ou lesquelles)	Programmée	A programmer	Programmée	A programmer
Consultation de médecins spécialistes hors médecine générale - Spécialité : - Spécialité : - ...				
Hôpital de jour				
Intervention chirurgicale				
Rééducation fonctionnelle par MK				
Soins infirmiers à domicile (hors DSI ou BSI)				
Soins de podologie				
Education thérapeutique				
Autre intervention				
Principaux risques médicaux	Identifié	A évaluer / réévaluer	Identifié	A évaluer / réévaluer
Risque d'accident iatrogène (antécédent, tendance à l'automédication, difficultés d'observance, prise de médicament à risque tel hypoglycémiant, psychotrope, anticoagulant ou antiagrégant...)				
Dépression avérée / troubles de l'humeur				
Troubles de mémoire				
Antécédent de déshydratation				
Antécédent de dénutrition				
Risque avéré de chute				
Autre risque				
Éléments de référence pour les délégations susceptibles d'être utilisées pas le délégué dans le cadre du protocole				
Délégations de base : prévention du risque de déshydratation, de chute et diagnostic de dénutrition	Clairance de la créatinine :		Clairance de la créatinine :	

	Poids actuel en kg : Taille en cm : Modalités d'adaptation du traitement de l'HTA si risque de déshydratation :	Poids actuel en kg : Taille en cm : Modalités d'adaptation du traitement de l'HTA si risque de déshydratation :
Préconisations spécifiques pour l'adaptation ou le renouvellement de traitements <ul style="list-style-type: none"> - Régulateurs du transit - Antalgiques de niveau 1 - Collyres antiallergiques et substituts de larmes - Topiques antifongiques - Dispositifs de compression veineuse 		
Prescription de collyres pour irritation conjonctivale		
Adaptation des diurétiques en cas de décompensation modérée d'insuffisance cardiaque	Majoration de la dose de diurétique :	Majoration de la dose de diurétique :
Adaptation du traitement par anti vitamines K	INR cible :	INR cible :
Périodicité prévue des visites à domicile du médecin traitant : tous les...	<input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> Autre
Co-signature du PPS par le délégant et le délégué		

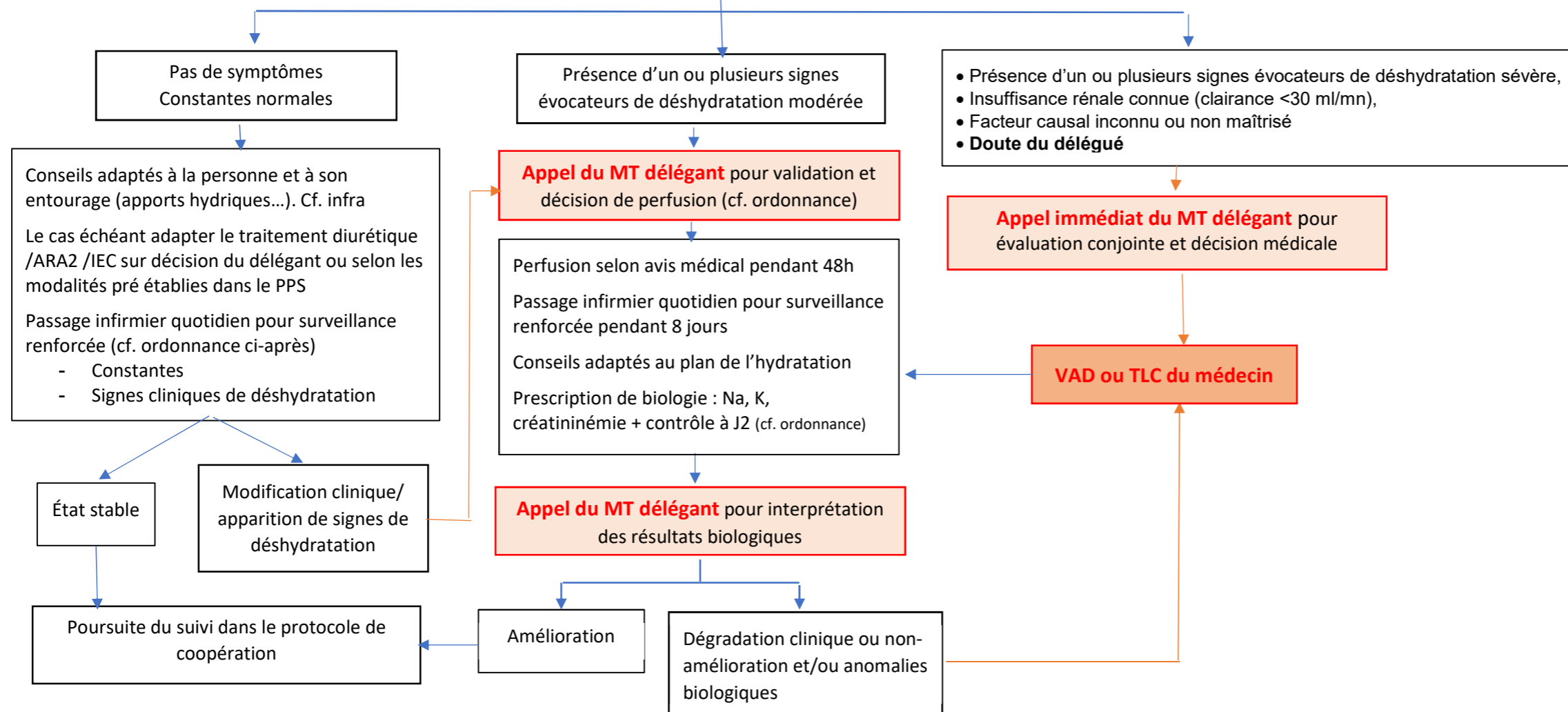
Catégorie professionnelle	Nom/Prénom du professionnel	Téléphone portable	Email	Messagerie sécurisée ou autre moyen de communication sécurisée
Médecin traitant				
Infirmier(s)				
Pharmacien				
Kinésithérapeute				
Gériatre				
Autre spécialiste médical				
Laboratoire d'analyses médicales				
Assistant social				
Professionnel d'aide à la vie quotidienne				
Coordination de la MSP				
Coordination de la CPTS				
Autre				

Annexe 4. Prévention de la déshydratation par adaptation des traitements par diurétiques et anti hypertenseurs en cas de forte chaleur et autres circonstances sur une durée de 2 à 7 jours, et prise en charge d'un patient présentant des signes cliniques et biologiques de déshydratation après avis du médecin délégué et en anticipation de son intervention

A l'occasion d'une visite mensuelle ou d'un appel du patient identification d'une situation à risque de déshydratation : canicule, pathologie fébrile et/ou provoquant une réduction des apports hydriques, troubles digestifs...

Rechercher des signes de déshydratation par l'examen clinique et l'interrogatoire
Vérifier les constantes : poids, pression artérielle (PA), fréquence cardiaque (FC), température, fréquence respiratoire

Déshydratation modérée		Déshydratation Sévère	
Asthénie inhabituelle	<input type="checkbox"/>	Ralentissement, confusion	<input type="checkbox"/>
Soif accrue	<input type="checkbox"/>	Soif intense	<input type="checkbox"/>
Lèvres sèches	<input type="checkbox"/>	Bouche et/ou langue sèches	<input type="checkbox"/>
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/>	Pli cutané	<input type="checkbox"/>
Réduction de la fréquence des mictions et de la quantité d'urines émises	<input type="checkbox"/>	PAS < 100 mm hg	<input type="checkbox"/>
Perte de poids <5%	<input type="checkbox"/>	FC > 100/mn	<input type="checkbox"/>
Fébricule	<input type="checkbox"/>	Perte de poids >5%	<input type="checkbox"/>
		Polypnée >24/mn	<input type="checkbox"/>
		Température ≥38°	<input type="checkbox"/>



Ordonnances à utiliser

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

Nom, Prénom du patient

Date :

Par infirmière au domicile, prélèvement sanguin par voie veineuse pour analyse biologique à déposer au laboratoire

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Nom, Prénom du patient

Date :

NFS, plaquettes, CRP, natrémie, kaliémie, glycémie, créatininémie, clairance de la créatinine

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Nom, Prénom du patient

Date :

**Mise en place d'une perfusion sous cutanée par voie abdominale ou cuisse
d'un soluté 500 ml sur 12 heures / 24h pendant 48 heures**

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Nom, Prénom du patient

Date :

Surveillance quotidienne par infirmière au domicile, dimanche et fêtes inclus

8 jours

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

Conseils au patient et à son entourage

- Augmentez vos apports en liquides à 1,5 litres par jour. Pour cela buvez toutes les 2 heures même si vous n'avez pas soif de l'eau aromatisée ou sucrée, du thé sucré ou des jus de fruits ou une autre boisson que vous aimez à l'exception de l'alcool qui peut aggraver la déshydratation.
- Rafraîchissez les pièces de la maison : ouvrez la fenêtre la nuit, fermez les volets et la fenêtre le jour, tirez les rideaux pour faire de l'ombre
- Ajouter un peu de sel dans vos aliments, en l'absence de régime sans sel prescrit
- Ne vous couvrez pas trop, humidifiez votre peau avec un brumisateuseur ou un gant de toilette mouillé plusieurs fois par jour
- Notez le nombre de fois par jour où vous urinez
- Sortez de préférence tôt le matin ou tard le soir, et évitez si possible d'être à l'extérieur entre 11 et 21 heures

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

Compétences à acquérir :

- Connaître les signes de déshydratation et de déshydratation sévère
- Connaître les mesures de prévention de la déshydratation
- S'approprier les modalités d'adaptation du traitement antihypertenseur préétablies dans le PPS ou après avis du délégant
- Co-prescrire avec le délégant les analyses biologiques prévues par le protocole
- Surveiller le patient à risque de déshydratation ou déshydraté en lien avec le médecin délégant
- Adapter la conduite à tenir selon l'arbre décisionnel et les avis du délégant
- En cas de déshydratation sévère, prendre sans délai les mesures prévues par le protocole

Objectifs pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable

- D'identifier les situations et pathologies exposant la personne âgée ou handicapée au risque de déshydratation
- D'interroger et examiner le patient pour identifier des signes de déshydratation
- D'identifier les signes de déshydratation sévère et les situations requérant un appel immédiat au délégué
- De conseiller le patient et son entourage sur les mesures d'hydratation et d'adaptation de l'environnement pour prévenir une déshydratation ou son aggravation
- De vérifier la compréhension et la mise en pratique de ces mesures par le patient et son entourage
- D'expliquer au patient et à son entourage les mesures préventives de réduction des diurétiques et des IEC/ARA 2 prévues au protocole
- De repérer les signes de dégradation de l'état du patient et de prendre sans délai les mesures prévues par le protocole
- De prendre en charge un risque de déshydratation modérée en lien avec le médecin délégant et en anticipation de sa visite si nécessaire
- De co-prescrire les analyses biologiques prévues par le protocole et d'en requérir l'interprétation par le délégant

Déroulement : 4h30

- Présentation de l'arbre décisionnel
- Résolution de vignettes et/ou cas cliniques
- Jeux de rôle sur les conseils et explications à donner au patient et à son entourage / sur les interactions avec le délégant

Evaluation de l'acquisition des compétence et validation par les médecins délégants :

- Les délégués compléteront un QCM de 10 items portant sur les compétences acquises au cours de la formation

Critères de validation :

- Réussite à 8 items sur 10.
- En cas de réponse incorrecte, le délégant apportera au délégué une information complémentaire et répondra à ses questions

Annexe n° 5 Identification du risque de chute, prescription de mesures urgentes et proposition d'un programme de prévention en lien avec le médecin délégué

1. A l'occasion d'une de ses premières visites mensuelles, le délégué recherche par l'interrogatoire et l'examen clinique si le patient présente un risque de chute

Recherche de facteurs prédisposant au risque de chute

	OUI	NON
Age > 80 ans		
Sexe féminin		
Diminution de la force ou de la puissance musculaire des membres inférieurs		
Troubles de l'appareil locomoteur		
Sarcopénie (diminution de la masse musculaire puis de la force musculaire et des performances physiques)		
Antécédent de chute les 6 derniers mois (si oui préciser le nombre dans la case suivante OUI)		
Antécédent de fracture traumatique, d'insuffisance osseuse		
Douleurs chroniques		
Indice de masse corporelle : IMC < 21 (sarcopénie / dénutrition) ou IMC >30 (obésité)		
Polymédication (prescription d'au moins 5 traitements chroniques différents) ou traitement par psychotropes, diurétiques ou antiarythmiques		
Dépression / troubles de l'humeur : tristesse, anxiété, agressivité		
Hypotension orthostatique : diminution de la PAS d'au moins 20 mm Hg et/ou de la PAD d'au moins 10 mm Hg survenant dans les 3 minutes suivant un passage en position debout		
Troubles de la marche ou de l'équilibre		
Arthrose du rachis ou des membres inférieurs		
Au niveau des pieds : présence de déformation, d'hyperkératose douloureuse, de troubles de la sensibilité		
Altération de la vision		
Déclin cognitif : oublis, désordre anormal, perte dans le temps et dans l'espace...		
Nombres de facteurs prédisposant		

Si une croix dans la case OUI, identifier le risque de chute en pratiquant les deux tests fonctionnels suivants, de façon standardisée et chronométrée

• **Test *timed up & go*** : mesure en secondes du temps mis par la personne à se lever d'une chaise avec accoudoir, marcher 3 mètres faire demi-tour et revenir s'asseoir.

- Le test doit être expliqué au sujet avant réalisation
- Le sujet doit utiliser ses chaussures habituelles
- Il peut se lever en s'aidant d'un appui sur les accoudoirs
- Il doit exécuter le test à une vitesse de déplacement la plus naturelle possible et avec son outil d'aide à la marche habituel s'il en utilise un
- La pièce où est réalisée le test doit être fermée, une de ses dimensions doit être >3,5 m, elle doit être bien éclairée, sans bruit ni stimulations extérieures (présence d'autres personnes que l'examineur)

Le risque de chute est identifié par un temps mis à réaliser le test ≥20 secondes

• **Test d'appui ou de station unipodal** sur la jambe de son choix

- Le patient est debout, pieds nus, les bras croisés sur la poitrine
- L'examineur lui demande de lever un pied (de son choix) légèrement au-dessus du sol
- L'examineur déclenche le chronomètre lorsque le patient lève le pied
- Il arrête le chronomètre lorsque le patient pour s'équilibrer utilise les bras, ou déplace son pied porteur, ou incline le tronc, ou repose le pied.

Un temps d'appui ≤5 secondes signe un risque de chute x 2

2. Identification d'un risque élevé de chutes et prescription de mesures urgentes pour le prévenir

Recherche d'un risque élevé de chutes répétées

	OUI	NON
Score anormal aux deux tests timed up & go et appui unipodal		
Augmentation récente de la fréquence des chutes		
Nombre de facteurs risque de chute ≥ 3		

Si une case oui est cochée, le risque de chute est élevé

Recherche de facteurs précipitants la chute et immédiatement amendables dans l'environnement

	NON	OUI
Chaussage défectueux (mules, charentaises avachies...)		
Encombrement du lieu de vie, présence de tapis, surfaces glissantes, obstacles...		
Eclairage insuffisant du lieu de vie		
Aides à la déambulation inadaptées ou mal utilisées		
Absence de dispositif de télé assistance ou dysfonctionnement de ce dispositif		
Pathologies associées : cardiovasculaires, neurologiques, vestibulaires, métaboliques (déshydratation)		
Addictions		

En cas de troubles de la marche, prescription par le délégué d'aides techniques à la déambulation avec l'ordonnance suivante

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

Nom, Prénom du patient

Date :

Canne de déambulation

Déambulateur

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

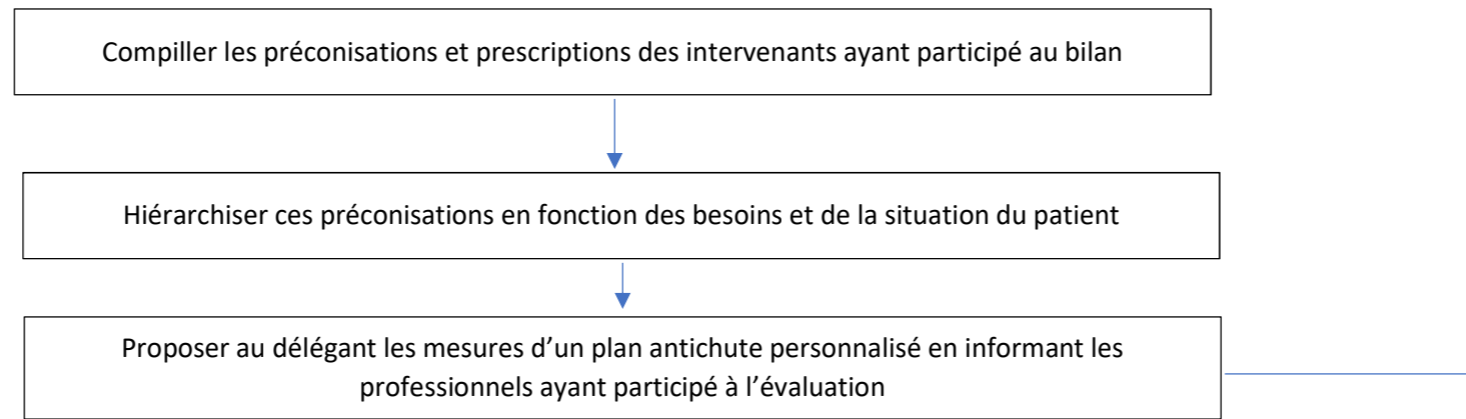
IDE.... en délégation du Docteur.... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

3. Mise en place d'un plan antichute après avis du délégant

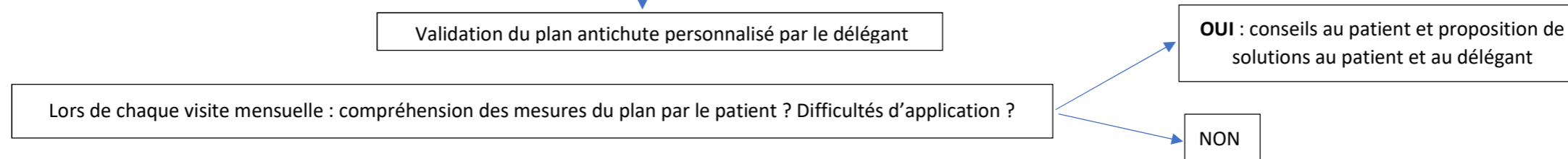
Proposition au délégant des intervenants à solliciter pour une évaluation pluri-professionnelle du risque de chute en regard des facteurs de risque identifiés

Professionnel pouvant être sollicité	Correction des facteurs prédisposant ou réponse aux besoins identifiés
Pédicure podologue	Difficultés à la marche, pathologie des pieds, problème chaussage
Masseur-kinésithérapeute, APA	Maladie rhumatologique, troubles de la marche ou de l'équilibre,
Ergothérapeute, bailleur social	Aménagement du domicile
Ophtalmologiste, orthoptiste, ORL	Baisse de la vision ou de l'audition
Dentiste, diététicien(ne), nutritionniste, service de livraison des repas	Dénutrition
Professionnel d'aide à la personne	Difficultés dans les activités de la vie quotidienne, troubles cognitifs
Médecin généraliste et/ou médecin d'une autre spécialité, infirmière	Polymédication, hypotension orthostatique, absence de supplémentation en VIT D
Assistante sociale, caisses de retraites...	Besoin d'aide financière
	...

Proposition d'un plan antichute personnalisé en fonction du bilan pluri-professionnel



Catégories de difficultés identifiées	Exemples de mesures proposées	<input type="checkbox"/>
Sédentarité / peur de la chute	Prescription d'aides techniques et éducation à leur utilisation	<input type="checkbox"/>
	Activité physique adaptée (APA)	<input type="checkbox"/>
	Rééducation à la marche	<input type="checkbox"/>
	Installation ou adaptation d'une télé assistance	<input type="checkbox"/>
Dénutrition	Mesures de lutte contre la dénutrition	<input type="checkbox"/>
Logement	Aménagement du logement	<input type="checkbox"/>
Altération de la vision	Bilan visuel – chemin lumineux dans le logement	<input type="checkbox"/>
Intérogénie	Simplification des traitements médicamenteux et aide à leur prise	<input type="checkbox"/>
Difficultés financières	Démarches pour obtenir les financements nécessaires à la mise en oeuvre de certaines mesures	<input type="checkbox"/>
	Autre	<input type="checkbox"/>



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

Compétences à acquérir :

- Interroger et examiner le patient pour identifier les facteurs prédisposant au risque de chute,
- Réaliser de façon standardisée et chronométrée les tests *time up & go* et *d'appui unipodal*, et interpréter ces tests
- Identifier les facteurs déclenchant de chute directement et rapidement amendables
- S'approprier les 2 profils-types de patients chuteurs et les cinq catégories de signes avant-chuteurs retenues par le plan ministériel antichute (fiche pratique fournie pour la formation)
- Connaître les mesures de prévention des chutes
- Identifier les compétences des différents professionnels pouvant contribuer à une évaluation pluriprofessionnelle en vue de l'élaborations d'un plan anti chute personnalisé
- Proposer au délégant les mesures d'un plan antichute personnalisé
- Identifier les ressources locales en APA
- Suivre la mise en œuvre du plan lors des visites mensuelles

Objectifs pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable

- De recueillir dans le dossier du patient les facteurs prédisposant au risque de chute
- D'interroger le patient sur ces facteurs prédisposant
- De vérifier l'existence d'une hypotension orthostatique
- De calculer l'IMC du patient
- D'examiner les pieds du patient pour rechercher une déformation, une hyperkératose douloureuse, un déficit de sensibilité (monofilament)
- D'identifier les patients à risque élevé de chute
- De conseiller au patient les modifications simples de son environnement pouvant réduire le risque de chute
- D'initier, en lien avec le délégant, les interventions pour corriger ces facteurs déclenchants
- De prescrire en urgence, en cas de risque élevé de chute, les aides techniques à la déambulation nécessaires
- De requérir l'intervention des différents professionnels pouvant contribuer à l'évaluation du risque
- De compiler et de hiérarchiser leurs préconisations afin de construire un plan antichute personnalisé en fonction des besoins et de la situation du patient
- D'expliquer au patient les mesures retenues pour ce plan antichute
- De vérifier la compréhension et la mise en pratique de ces mesures par le patient

Déroulement : 7h

- Présentation de l'arbre décisionnel, des recommandations HAS et de la fiche pratique du plan antichute
- Démonstration des examens et des tests à pratiquer pour identifier le risque de chute
- Mise en pratique par jeux de rôle et examens simulés
- Elaboration de plans antichute à partir de vignettes et cas cliniques présentant les 5 principaux profils à risque de chute
- Jeu de rôle sur l'explication du plan au patients et les conseils à lui donner

Evaluation de l'acquisition des compétence et validation par les médecins délégants :

- Les délégués compléteront un QCM de 10 items portant sur les compétences acquises au cours de la formation

Critères de validation :

- Réussite à 8 items sur 10.
- En cas de réponse incorrecte, le délégant apportera au délégué une information complémentaire et répondra à ses questions.

Annexe 6. Diagnostic d'une dénutrition et mise en place d'actions de correction en lien avec le médecin délégué

1. A l'occasion de sa première visite mensuelle puis une fois par trimestre, recherche par l'interrogatoire et l'examen clinique si le patient présente une dénutrition

Existe-t-il un facteur étiologique de dénutrition ?

	OUI	NON
Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques		
Pathologie aiguë ou pathologie chronique ou pathologie maligne évolutive		
Plainte du patient sur ses difficultés à digérer ou des troubles du transit (malabsorption, mal digestion)		
Au moins un facteur étiologique		



Existe-t-il un critère observable (phénotypique) de dénutrition ?

	OUI	NON
Perte de poids mesuré $\geq 5\%$ depuis un mois par rapport au poids reporté dans le PPS		
Perte de poids mesuré $\geq 10\%$ depuis 6 mois par rapport au poids reporté dans le PPS		
Index de Masse Corporelle $< 22 \text{ kg/m}^2$		
Sarcopénie confirmée : Réduction de la force musculaire : 5 levers de chaise > 15 secondes ET réduction de la masse musculaire : tour de mollet $< 31 \text{ cm}$		
Au moins un critère observable de dénutrition		



Présence d'un critère étiologique + un critère observable = diagnostic de dénutrition
Si disparition du critère étiologique, le diagnostic de dénutrition persiste tant que persiste le critère phénotypique



Présence isolée d'un critère étiologique = répéter l'évaluation à chaque visite



Evaluer la gravité de la dénutrition

	OUI	NON
Perte de poids mesuré $\geq 10\%$ depuis un mois par rapport au poids habituel avant la maladie...		
Perte de poids mesuré $\geq 15\%$ depuis 6 mois OU par rapport au poids habituel avant le début de la maladie		
Index de Masse Corporelle $< 20 \text{ kg/m}^2$		
Prescrire dosage d'albuminémie avec l'ordonnance infra ; albuminémie $\leq 30 \text{ g/l}$		
Au moins critère de dénutrition sévère		



Présence d'au moins un critère = diagnostic de dénutrition sévère



Appel du délégué

- Transmission des résultats de l'évaluation et du dosage d'albuminémie → confirmation du diagnostic
- Echange sur les mesures de correction à mettre en œuvre

2. Recherche d'un facteur favorisant / déclenchant amendable et initiation de sa correction

Facteur favorisant / déclenchant	Intervention
Difficultés de mastication dus à un mauvais état dentaire ou à une prothèse inadaptée	Adresser au dentiste pour soins bucco-dentaires
Suspicion de pathologie(s) sous-jacente(s)	Prise en charge par le médecin délégué
Suspicion de dépression	
Suspicion d'alcoolisme chronique	
Suspicion de facteur iatrogène	Réévaluation du traitement médicamenteux par le délégué
Difficultés d'approvisionnement	Aide aux courses alimentaires / service de livraison des repas
Précarité	Recours aux services sociaux
Autre	

La stratégie de la prise en charge est la suivante :

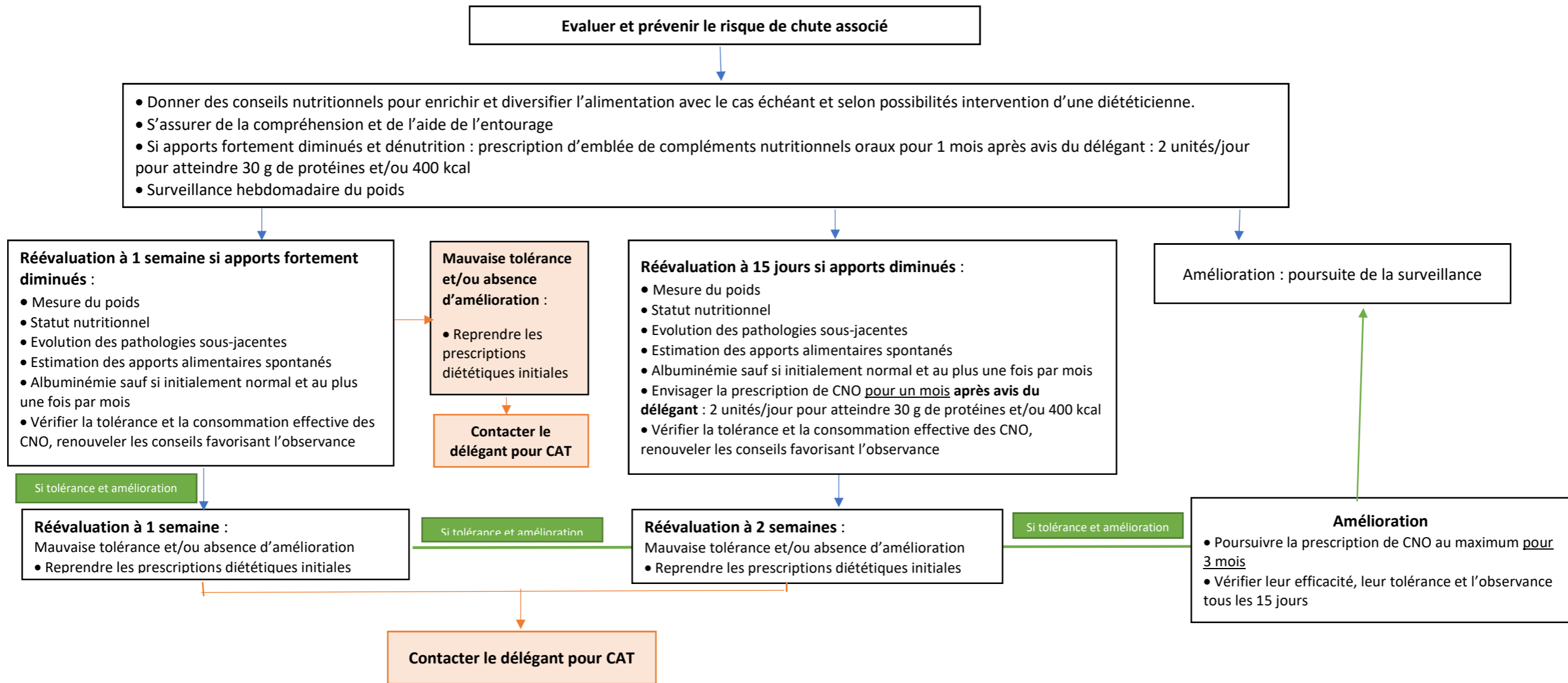
Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation ¹ à 1 semaine

1. La réévaluation comporte :

- le poids et le statut nutritionnel ;
- la tolérance et l'observance du traitement ;
- l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente ;
- l'estimation des apports alimentaires spontanés (ingesta).

3. Mise en œuvre des mesures de correction et coordination des intervenants



Règles générales d'enrichissement de l'alimentation, adapter les apports pour les personnes diabétiques :

- Respecter les recommandations du Programme national nutrition santé pour les personnes âgées :
 - Viandes, poissons ou œufs, 2 fois par jour ;
 - Lait et produits laitiers, 3 à 4 prises par jour ;
 - Pain, autres aliments céréaliers, pommes de terre ou légumes secs à chaque repas ;
 - Au moins 5 portions de fruits et légumes par jour ;
 - 1 à 1,5 litre d'eau (ou autres boissons telles que jus de fruit, tisanes, etc.) par jour sans attendre la sensation de soif
- Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée : 3 repas quotidiens et proposition de collations entre les repas
- Limiter la période de jeûne nocturne > 12h en retardant l'horaire du dîner et/ou en proposant une collation au coucher
- Privilégier les produits riches en énergie et/ou en protéines (viandes en sauce, soufflés, gratins, quenelles, lasagnes, pâtes farcies...) et adaptés aux goûts de la personne
- Adapter la texture des aliments aux capacités de mastication et de déglutition
- Ajouter aux aliments des produits riches en protéines ou en calories sous un faible volume : poudre de lait entier ou du lait concentré entier (3 cuillères à soupe de = 8 g de protéines), fromage râpé (20 g = 5 g de protéines), des œufs (1 jaune = ~3 g de protéines), crème fraîche épaisse (1 cuillère à soupe = 80 calories, beurre fondu ou huile (1 cuillère à soupe = 75-90 calories, poudres de protéines industrielles (1 cuillère à soupe = environ 5 g de protéines), pâtes ou semoule enrichies en protéines
- Organiser une aide technique et/ou humaine au repas en fonction du handicap
- Favoriser un environnement agréable

Conseils favorisant l'observance des compléments nutritionnels oraux (CNO)

- Consommer les CNO de préférence lors de collations, environ 2 heures avant ou après un repas pour préserver l'appétit au moment du repas,
 - Présenter au patient les CNO comme un traitement efficace de la dénutrition prescrit pour une période transitoire
 - Tenir compte des goûts du malade (salé, sucré, lacté ou non, saveurs), varier les arômes et les textures
 - Adapter leur prescription aux handicaps éventuels (troubles de déglutition, difficultés de préhension des objets, etc.) en modifiant la texture des boissons avec une poudre épaississante (non incluse dans la LPPR) ;
 - Conseiller de les consommer à la bonne température : bien frais pour les produits sucrés, réchauffés bain-marie ou au four à micro-ondes pour les compléments à servir chauds.
 - Rappeler les consignes de conservation une fois ouvert : 2 heures à température ambiante et jusqu'à 24 heures au réfrigérateur.
- L'objectif est d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/jour et/ou de 30 g/jour de protéines (le plus souvent avec 2 unités/jour).
Les CNO doivent être adaptés aux goûts du malade, à ses éventuels handicaps

Ordonnances préétablies

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

Nom, Prénom du patient

Date :

Albuminémie

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Nom, Prénom du patient

Date :

**Par IDE au domicile,
Prélèvement sanguin par voie veineuse pour analyse biologique à déposer au laboratoire**

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Nom, Prénom du patient

Date :

Compléments Nutritionnels Oraux pour adultes : mélange hyperprotidique et hyper énergétique pour un apport de 400 kcal/j et 30g/j de protéines ; 2 unités/j pendant 4 semaines (qsp).

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Compétences à acquérir :

- o Connaître les critères diagnostiques de dénutrition et de dénutrition sévère chez les patients âgés de plus de 70 ans
- o Prescrire un dosage d'albuminémie
- o Partager avec le délégant les critères diagnostiques recueillis
- o Identifier les facteurs favorisant / déclenchants de dénutrition directement amendables
- o Rechercher un risque de chute associé à la dénutrition et y remédier
- o Connaître les objectifs et les principes d'enrichissement de l'alimentation en protéines et calories
- o Connaître et appliquer les règles de prescription des compléments nutritionnels oraux (CNO)
- o Connaître les conseils favorisant l'observance des compléments nutritionnels oraux (CNO)

Objectifs pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable de

- Diagnostiquer une dénutrition et chez un sujet âgé ou handicapé et en évaluer la gravité
- Confirmer avec le délégant le diagnostic de dénutrition et sa sévérité
- Reconnaître les facteurs déclenchant / favorisant la dénutrition
- Initier, en lien avec le délégant, les interventions permettant la correction de ces facteurs
- Expliquer au patient et à son entourage les modalités d'enrichissement de l'alimentation en protéines et calories
- Prescrire et renouveler une ordonnance de CNO après avis du délégant et selon l'arbre décisionnel du protocole
- Donner au patient et à son entourage les conseils favorisant l'observance des CNO et les renouveler si besoin
- Surveiller la bonne consommation et la tolérance des CNO
- Contacter le délégant en cas d'absence d'amélioration pour envisager a conduite à tenir

Déroulement : 7h

- Présentation de l'arbre décisionnel, des recommandations HAS et du document de la CNAM sur dénutrition et CNO
- Résolution en groupe de cas cliniques portant sur l'enrichissement de l'alimentation et la prescription des CNO
- Jeu de rôle sur les conseils et explications à donner au patient et à son entourage aux différentes étapes de la prise en charge

Evaluation de l'acquisition des compétence et validation par les médecins délégants :

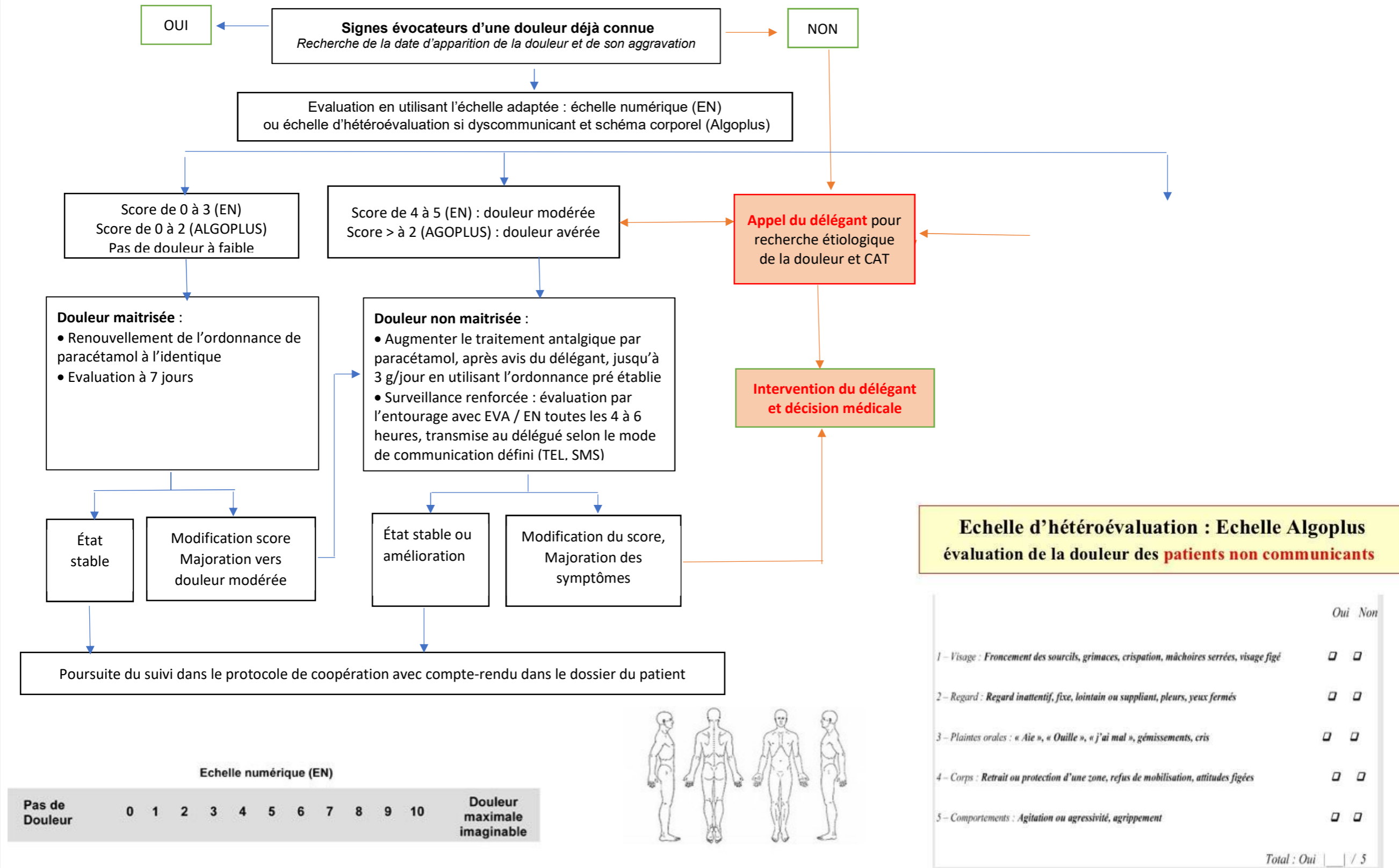
- Les délégués compléteront un QCM de 10 items portant sur les compétences acquises au cours de la formation

Critères de validation :

- Réussite à 8 items sur 10.
- En cas de réponse incorrecte, le délégant apportera au délégué une information complémentaire et répondra à ses questions.

Annexe 7. Renouvellement et adaptation des antalgiques prescrits par le déléguant pour une douleur chronique

A l'exclusion de tout patient déjà traité par antalgiques opioïdes (faibles ou forts) et les patients ayant des associations de plusieurs antalgiques



En cas de situation hors protocole ou situation d'urgence ou ressentie comme telle : appel au médecin déléguant ou au 15 sans réponse du déléguant

Les Recommandations des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) concernant le paracétamol :

la dose journalière efficace la plus faible doit être envisagée, sans excéder 60 mg/kg/jour (sans dépasser 3 g/j) dans les situations suivantes :

- poids < 50 kg
- insuffisance hépatocellulaire légère à modérée
- alcoolisme chronique
- déshydratation
- réserves basses en glutathion telles que par exemple malnutrition chronique, jeûne, amaigrissement récent, sujet âgé de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans et polypathologique, hépatite virale chronique et VIH, mucoviscidose, cholémie familiale (maladie de Gilbert)

Ordonnance préétablie

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

Nom, Prénom du patient

Date :

Paracétamol 1 g toutes les 6 h (max 3 g/24h) pendant 7 jours renouvelable 3 fois

Score échelle numérique (EN) de 4 et 5

Score échelle Algoplus > à 2

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Compétences à acquérir :

- Expliquer au patient et à son entourage l'utilisation des échelles d'évaluation de l'intensité douloureuse
- Connaître la classification des antalgiques
- Connaître les contre-indications, les effets indésirables et la posologie maximale du paracétamol
- Connaître tous les médicaments pouvant contenir du paracétamol
- Connaître les échelles d'évaluation et d'hétéroévaluation de l'intensité de la douleur
- Savoir identifier les patients dyscommunicants
- Savoir identifier les douleurs nociceptives et les douleurs neuropathiques

Objectifs pédagogiques :

- Adapter la dose de paracétamol selon l'arbre décisionnel du protocole
- Contacter le délégant pour évaluation de la situation et CAT
- Expliquer au patient et à son entourage les effets indésirables possible des antalgiques prescrits et les précautions à prendre pour les éviter

Déroulement : 2 heures

- Présentation de l'arbre décisionnel
- Résolution en groupe de cas cliniques
- Jeu de rôle sur les conseils et explications à donner au patient et à son entourage

Evaluation de l'acquisition des compétence et validation par les médecins délégants :

- Les délégués compléteront un QCM de 10 items portant sur les compétences acquises au cours de la formation
- Critères de validation : réussite à 8 items sur 10. En cas de réponse incorrecte, le délégant apportera au délégué une information complémentaire et répondra à ses questions.

Annexe 8. Renouvellement et adaptation d'un traitement par laxatif prescrit par le délégué

Repérage de signes de constipation par interrogatoire en recherchant si :

- Le rythme habituel d'émission des selles est perturbé devenant anormalement allongé : moins de trois selles par semaine
- Les selles changent de consistance devenant plus dures. Il devient difficile, voire douloureux, d'aller aux toilettes.
- Les selles peuvent également être peu abondantes et leur expulsion semble incomplète.
- Eventuelle perte d'appétit associée

Patient traité par laxatifs.
Pas de symptômes, transit régulier

Patient traité par laxatifs
Absence de selles depuis 3 jours

Patient non traité par laxatifs.
Modification récente ou semi-récente du transit

Prévention :

- Conseils hygiéno diététiques * adaptés au patient et à son entourage
- Renouvellement du traitement à l'identique de la prescription initiale du délégué

Rechercher des signes de gravité / d'occlusion nécessitant l'appel du délégué	OUI	NON
Douleurs abdominales inhabituelles		
Arrêt des gaz		
Vomissements		
Alternance constipation diarrhée depuis quelques semaines		
Faux besoins d'aller à la selle associé à une sensation de pesanteur rectale		

Aucune croix dans la colonne OUI

Au moins une croix dans la colonne OUI ou doute du délégué

Rechercher une circonstance favorisante (5 questions)

- Un médicament a-t-il été introduit ou augmenté récemment*?
- Avez-vous oublié à plusieurs reprises de prendre le laxatif prescrit ?
- Ces derniers jours, avez-vous été stressé ou avez-vous voyagé ?
- Avez-vous modifié récemment vos habitudes alimentaires ?
- Présence de facteurs favorisant la déshydratation ?

Si oui contacter le délégué pour avis sur adaptation du traitement

Prise en charge thérapeutique :

- Donner au patient et à son entourage des conseils adaptés**
- Adapter le type et la posologie de laxatif selon l'arbre décisionnel infra, les préconisations dans le PPS et l'ordonnance pré établie
- Evaluer à 24 h

Reprise du transit

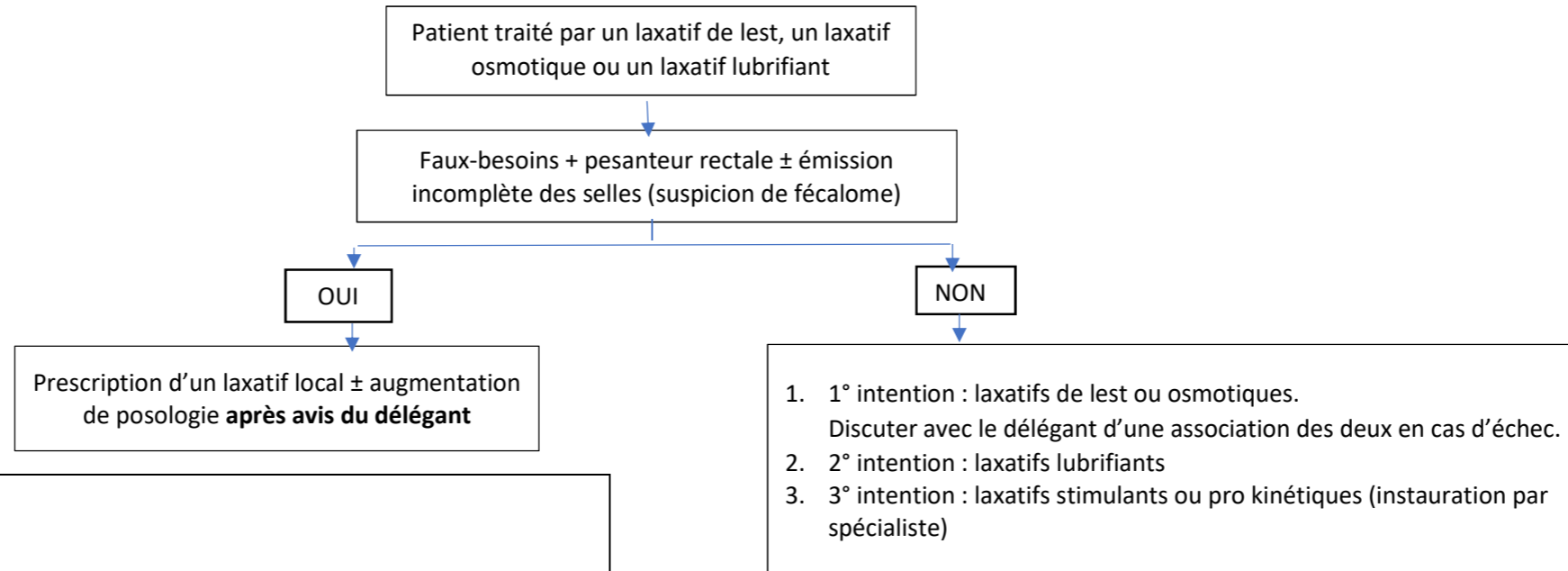
Pas de reprise du transit et /ou majoration des symptômes

Appel du médecin délégué
Évaluation conjointe, décision médicale et VAD si nécessaire

Poursuite du suivi dans le protocole de coopération avec compte-rendu dans le dossier du patient

En cas de situation hors protocole ou situation d'urgence ou ressentie comme telle : appel au médecin délégué ou au 15 sans réponse du délégué

Arbre décisionnel pour adapter le type et la posologie des laxatifs



Ordonnance préétablie

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

Nom, Prénom du patient

Date :

Laxatif de lest : nom posologie mini-maxi [Spagulax...]

Laxatif osmotique : nom posologie mini-maxi [Lactulose, Macrogol...]

Laxatif lubrifiant : nom posologie mini-maxi [Lansoyl...]

Laxatif local : nom posologie [Normacol lavement, Microlax, Eductyl...]

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

* Principaux médicaments susceptibles de provoquer une constipation

- Antalgiques opiacés : codéine, tramadol..
- Antitussifs : dextrométhorphan...
- Médicaments à effet anticholinergique : atropine ; anticholinergique à visée urinaire tels que oxybutinine, toltérodine, trospium
- Antidépresseurs tricyclique tels que amitriptyline, clomipramine, doxépine, imipramine, nortriptyline...
- Neuroleptiques tels que chlorpromazine, clozapine, olanzapine, thioridazine...
- Inhibiteurs calciques : vérapamil, diltiazem, amlodipine.
- Antiparkinsoniens : amantadine, bromocriptine, pergolide.
- Divers : sucralfate, sels et hydroxyde d'aluminium, sels de fer (et compléments alimentaires riches en fer), de calcium

**Conseils hygiéno-diététiques

1 - Faire de l'exercice (30 mn par jour) et pratiquer des activités relaxantes si situation de stress

2 - Privilégier un rythme régulier des défécations : se présenter aux toilettes tous les jours à la même heure, respecter une durée suffisante pour satisfaire au besoin et répondre à la sensation de besoin

3- Adopter une alimentation variée comprenant des fruits, des légumes, des céréales complètes

Alterner les féculents raffinés (pâtes, riz, pain blanc, semoule, pomme de terre) et les féculents complets (pâtes ou riz complets, légumineuses, pain complet ou aux céréales)

Les fibres alimentaires augmentent la fréquence, améliorent la consistance des selles, et diminuent la prise des laxatifs

L'apport d'aliments riches en fibres est essentiel : les céréales complètes, les fruits secs, les légumes secs et à un moindre degré, les fruits et légumes frais.

En pratique :

- prendre à chaque repas, 1 légume cru (carotte, céleri, salade, fenouil...) ou 1 fruit cru et lavé
- consommer à l'un des deux principaux repas : légumes verts, fruits (frais, surgelé ou conserve) ou des légumes secs (lentilles, pois cassés, flageolets)
- enrichir éventuellement les plats de paillettes de son de blé
- varier les eaux de boisson (jusqu'à 1,5/j) avec des eaux riches en magnésium qui ont ou peuvent avoir un effet favorable sur la constipation

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

Compétences à acquérir :

- Devant une constipation récente ou aggravée, reconnaître les signes requérant l'appel au médecin délégué
- Connaître les causes de constipation secondaire
- Connaître les facteurs favorisant la déshydratation et peuvent engendrer une constipation
- Connaître les signes d'interrogatoire devant faire suspecter un fécalome
- Identifier les facteurs et situations pouvant favoriser une constipation
- Connaître les principaux médicaments pouvant provoquer ou aggraver une constipation
- Connaître la classification des laxatifs
- Connaître la posologie, le délai d'action et les effets secondaires pour au moins un laxatif pour les 4 classes de laxatifs cités dans le protocole
- Connaître les mesures hygiéno-diététiques de prévention et de traitement de la constipation

Objectifs pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable

- De faire appel sans délai au médecin délégué dans les circonstances prévues au protocole
- D'interroger le patient sur les facteurs iatrogènes et les situations susceptibles d'aggraver une constipation
- De suspecter par l'interrogatoire la présence d'un fécalome
- D'adapter ou de modifier le traitement par laxatif après avis du délégué et en utilisant l'ordonnance préétablie prévue au protocole
- De conseiller le patient et son entourage sur les mesures hygiéno-diététiques de prévention et de traitement de la constipation
- D'expliquer au patient et à son entourage les modalités de prise des laxatifs qui lui sont prescrits et leurs effets secondaires possibles

Déroulement : 5h

- Présentation de l'arbre décisionnel et des connaissances à acquérir (ppt)
- Résolution en groupe de cas cliniques portant sur les différentes situations à prendre en charge
- Jeu de rôle sur les conseils et explications à donner au patient et à son entourage

Evaluation de l'acquisition des compétences et validation par les médecins délégués :

- Les délégués compléteront un QCM de 10 items portant sur les compétences acquises au cours de la formation

Critères de validation :

- Réussite à 8 items sur 10.
- En cas de réponse incorrecte, le délégué apportera au délégué une information

Annexe 9 : Renouvellement et adaptation des dispositifs de compression veineuse force 2 (pose et retrait) prescrits par le délégué

Précaution : une réévaluation régulière du rapport bénéfice/risque s'impose en cas de :

- AOMI avec IPS entre 0,6 et 0,9 ; évaluation de l'IPS nécessaire avant : (les bas de contention sont contre indiqués en cas d'AOMI sévère (IPS < 0.6))
- Neuropathie périphérique évoluée ;
- Dermatoses suintante ou eczématisée
- Intolérance aux fibres utilisées

A rechercher dès le début de l'évaluation et si présence d'un critère : appel du délégué

Lors d'une visite mensuelle ou après appel du patient, repérage de symptômes inattendus par observation clinique et interrogatoire

- Œdèmes bilatéraux des membres inférieurs
- Sensation de jambes lourdes, de pesanteur, de gêne, douleur, prurit
- Fatigue musculaire
- Tension douloureuse des mollets
- Impatiences
- télangiectasies ou varices réticulaires < 3 mm

Patient connu pour avoir une insuffisance veineuse

Nouveaux symptômes en l'absence d'insuffisance veineuse connue

Recherche de signes évoquant une pathologie associée	OUI	NON
Essoufflement inhabituel ou accélération inhabituelle de la fréquence cardiaque		
Douleur à la palpation d'un mollet ± augmentée à la dorsiflexion de la cheville		
Augmentation de la chaleur locale au niveau d'un mollet		
Ulcération ou plaie du mollet		

Aucune croix dans la colonne OUI

Au moins une croix dans la colonne OUI ou doute du délégué

Critères de décision de prescription de compression veineuse de force 2 :

- Survenue des symptômes malgré le port régulier, le bon état et la bonne utilisation de la compression de classe 1
- Absence d'artérite connue des membres inférieurs (IPS < 0.6)
- Présence de varices de plus de 3 mm
- Absence de contre-indications au port d'une compression veineuse

Prescription d'une compression de classe 2 : chaussettes, bas, collants (hors bandes) avec ordonnance infra + conseils d'hygiène et de pose des compressions*

Evaluation à 5 jours consécutifs de port : Amélioration des symptômes	Evaluation à 5 jours consécutifs de port : Compression mal supportée ou absence d'amélioration
--	---

Poursuite du suivi dans le protocole de coopération avec compte-rendu dans le dossier du patient

Appel du MT délégué
Évaluation conjointe, décision médicale et VAD si nécessaire

En cas de situation hors protocole ou situation d'urgence ou ressentie comme telle : appel au médecin délégué ou au 15 sans réponse du délégué

Ordonnance préétablie

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

Nom, Prénom du patient

Date :

Achat de 2 paires - pour une compression veineuse :

- Force 1(entre 10 et 15 mmHg) Force 2 (entre 15,1 et 20 mmHg)
- Chaussettes
- Bas
- Collants

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

*Conseils d'hygiène et de pose de la compression veineuse

- Il est nécessaire de mettre en place la compression **tous les jours**
- Dormez les jambes légèrement surélevées.
- Enfilez vos collants ou bas **le plus tôt possible après le lever** et juste après la toilette
- Afin de limiter les risques de chute pendant l'enfilage, **asseyez-vous** sur un siège bas placé sur un sol non glissant
- N'appliquez, le matin, ni **crème ni lait corporel** sur les jambes qui doivent être parfaitement sèches pour l'enfilage
- Si vous présentez une plaie sur la jambe, protégez-la avec une compresse stérile bien fixée
- Afin de ne pas filer vos bas ou collants en les manipulant :
 - **Enlevez vos bagues** et/ou coupez court vos ongles
 - Eventuellement, **portez des gants fins** de ménage pendant l'enfilage
- Pour éviter tout frottement anormal qui endommager vos bas ou votre collant, vérifiez que l'intérieur de vos chaussures est en bon état et que nous n'avez pas de rugosités ou callosités du talon ou des orteils aussi,
- Mettez vos chaussettes jusqu'en haut de vos mollets. Elles ne doivent pas recouvrir vos genoux
- Veillez à ce que vos bas de contention soient étirés sur vos jambes de façon homogène et sans plis, afin qu'ils aient une force de compression identique sur toute la longueur de vos membres ;

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

Compétences à acquérir :

- Devant des signes évoquant une insuffisance veineuse des membres inférieurs mal supportée, reconnaître les signes requérant l'appel au médecin délégué
- Connaître la classification des compressions veineuses
- Connaître les critères justifiant le passage à une compression veineuse de classe 2
- Connaître les critères de pose appropriée et de bonne utilisation des compressions veineuses
- Connaître les mesures d'hygiène pouvant contribuer au traitement de l'insuffisance veineuse
- Connaître les indications et contre-indications à la compression veineuse
- Mesurer l'IPS

Objectifs pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable

- D'identifier par l'interrogatoire et l'examen clinique les situations d'appel au médecin délégué prévues au protocole
- De poser l'indication d'une compression veineuse de classe 2 et de la prescrire avec l'ordonnance prévue au protocole
- De conseiller le patient et son entourage sur les mesures d'hygiène pouvant contribuer à améliorer l'insuffisance veineuse
- D'expliquer au patient et à son entourage les modalités de pose appropriée d'une compression veineuse

Déroulement : 5h

- Présentation de l'arbre décisionnel et des connaissances à acquérir (ppt)
- Résolution en groupe de cas cliniques portant sur les différentes situations à prendre en charge
- Jeu de rôle sur les conseils et explications à donner au patient et à son entourage

Evaluation de l'acquisition des compétence et validation par les médecins délégués :

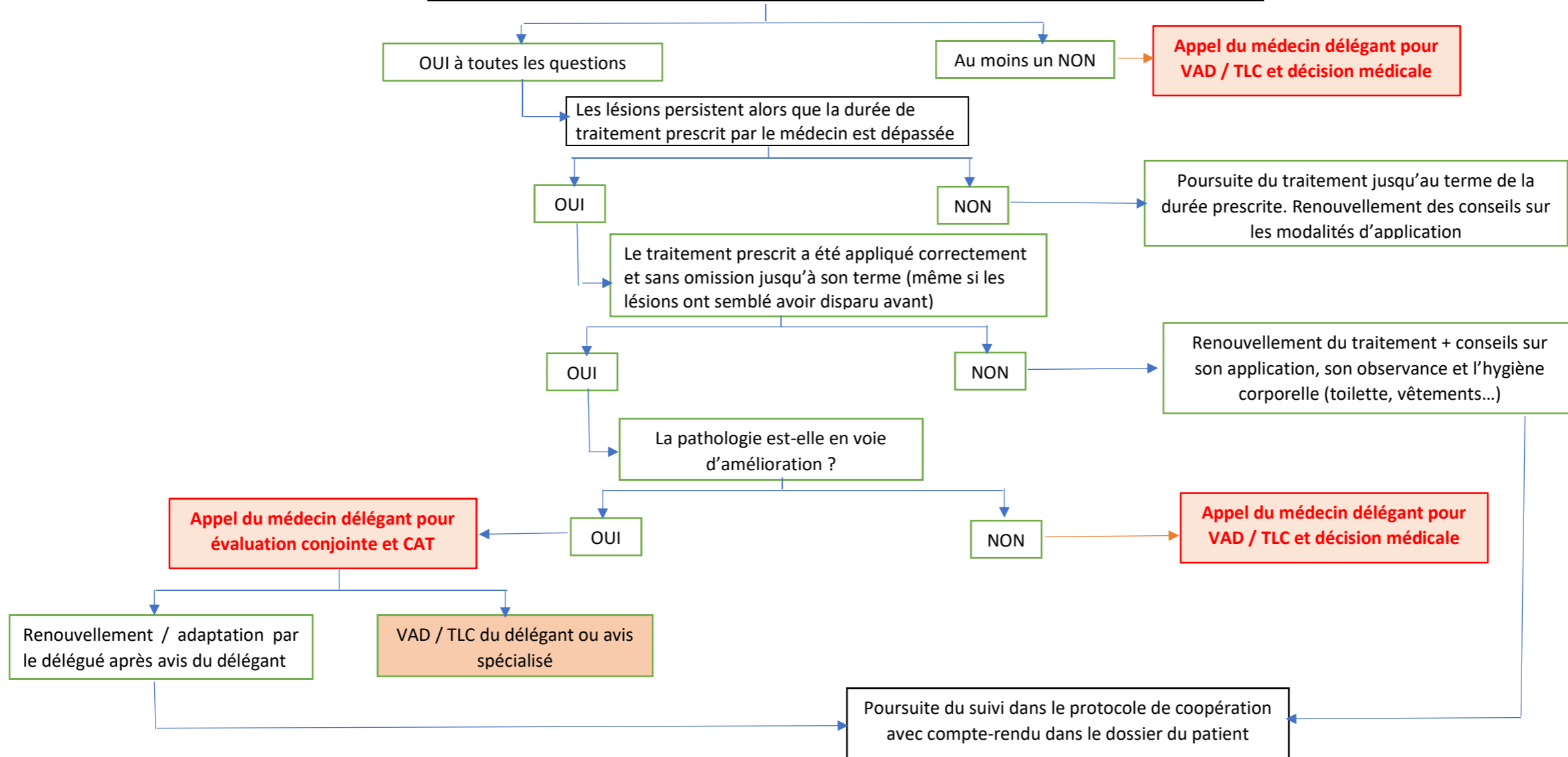
- Les délégués compléteront un QCM de 10 items portant sur les compétences acquises au cours de la formation

Critères de validation : réussite à 8 items sur 10. En cas de réponse incorrecte, le délégué apportera au délégué une information

Annexe 10 : Renouvellement et adaptation des topiques antifongiques prescrits par le délégué

A l'occasion d'une visite mensuelle ou après appel du patient, constatation de la persistance de signes de mycose cutanée ou buccale diagnostiquée par un médecin et malgré le traitement prescrit par le médecin

	OUI	NON
La pathologie à traiter fait partie des affections ci-dessous - Intertrigo à Candida - Onychomycose - Pityriasis versicolor - Dermate séborrhéique du cuir chevelu - Candidose oropharyngée		
Il n'y a ni apparition de nouvelles lésions ni exacerbation de la mycose		
Le patient n'a pas d'immunodépression connue et n'est pas traité par chimiothérapie		



En cas de situation hors protocole ou situation d'urgence ou ressentie comme telle : appel au médecin délégué ou au 15 sans réponse du délégué

Ordonnances préétablies

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

Candida des grands plis

Le traitement local est

-les facteurs locaux de macération en particulier pour les plis inguinaux et sous mammaires, et le séchage au sèche-cheveux froid est très efficace pour cela, vérifier l'hygiène corporelle et le séchage
-et les foyers réservoirs en particulier digestifs notamment pour les plis inter fessiers. (Dans un second temps)

Nom, Prénom du patient

Date :

Lavage eau savonneuse et séchage puis application de :

- **Ciclopiroxolamine crème** 1 application matin et soir pendant 3 semaines
- **Econazole poudre** 1 application matin et soir pendant 3 semaines

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Ordonnance de Traitement d'une candidose oropharyngée : muguet, perlèche, glossites, gingivites, stomatites

Rechercher des causes de sécheresse de bouche en particulier les médicaments psychotropes et envisager une désinfection digestive (dans un second temps). Vérifier le brossage des dents et nettoyage de l'appareil dentaire

Nom, Prénom du patient

Date :

Application de :

- **Miconazole 2% gel buccal** 2 mesures 4 fois par jour pendant 15 jours

Décontamination d'une éventuelle prothèse dentaire par brossage à la Fungizone et nettoyage à l'eau et au savon. Soins de bouche à l'eau tiède.

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Ordonnance de Traitement d'une onychomycose n'atteignant la matrice unguéale (car les vernis locaux n'y sont pas efficaces) et s'il ne s'agit pas d'une atteinte de l'ongle uniquement liée à des microtraumatismes de la tablette unguéale

Nom, Prénom du patient

Date :

Meuler l'ongle atteint puis appliquer sur toute sa surface

- **Amorolfine vernis** 1 application une fois par semaine pendant 3 à 6 mois
 - **Si Besoin ajout d'un traitement local des espaces interdigitaux avec un imidazolé** 1 application par jour pendant 3 semaines dans tous les espaces interdigitoplantaires et les plantes des pieds
- Traitement des chaussures par poudre antifongique et lavage des chaussettes**

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Ordonnance de Traitement d'un pityriasis versicolor

Nom, Prénom du patient

Date :

Sous la douche appliquer sur le corps et le cuir chevelu, faire mousser, laisser agir 5 minutes et rincer avec

- **Ketoconazole 2% gel en récipient unidose en traitement minute**

Recommencer 1 semaine plus tard systématiquement

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Ordonnance de Traitement d'une dermatite séborrhéique du cuir chevelu

Nom, Prénom du patient

Date :

Application pendant 1 mois de :

■ Ketoconazole 2% ou ciclopiroxolamine shampooing

1 application deux fois par semaine. Masser vigoureusement Faire mousser et laisser agir 5 min avant de rincer (RCP)

■ Ketoconazole 2% gel en sachet dose sur la lisère du cuir chevelu ou sur le visage 1 application 2 fois par semaine Faire mousser, laisser agir 5 minutes sur la peau du visage avant de rincer

Ou ciclopiroxolamine crème sur la lisère du cuir chevelu ou sur le visage

Traitement d'attaque (2 à 4 semaines) : 2 applications par jour, au-delà, en traitement d'entretien : 1 application par jour pendant 28 jours.

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Compétences à acquérir :

- Connaître les signes cutanés ou muqueux des 5 mycoses inclus dans le protocole
- Connaître les principes, la forme galénique et la durée de traitement conseillés pour les 5 mycoses inclus dans le protocole
- Connaître les délais de disparition des lésions (ex : Pityriasis versicolor : jusqu'à 3 mois, pour l'onychomycose : temps de repousse de l'ongle)
- Reconnaître les causes d'échec et de résistance aux traitements des mycoses ainsi que les causes de rechute

Objectifs pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable

- De reconnaître une exacerbation de la mycose ou l'apparition de nouvelles lésions
- D'identifier par l'observation et l'examen clinique la persistance des lésions dues aux 5 mycoses inclus dans le protocole
- D'interroger le patient et son entourage sur les causes d'échec et de résistance au traitement des mycoses
- De renouveler / adapter le traitement prescrit dans les cas prévus au protocole
- De conseiller le patient et son entourage sur les modalités d'application des traitements et les soins d'hygiène attenants
- De contacter le délégant dans les cas prévus au protocole

Déroulement : 4h30

- Présentation de l'arbre décisionnel (diaporama)
- Projection d'images des atteintes cutanées et buccales dues aux mycoses inclus dans le protocole
- Résolution en groupe de cas cliniques portant sur les différentes situations à prendre en charge
- Jeu de rôle sur les conseils et explications à donner au patient et à son entourage

Evaluation de l'acquisition des compétence et validation par les médecins délégants :

- Les délégués compléteront un QCM de 10 items portant sur les compétences acquises au cours de la formation

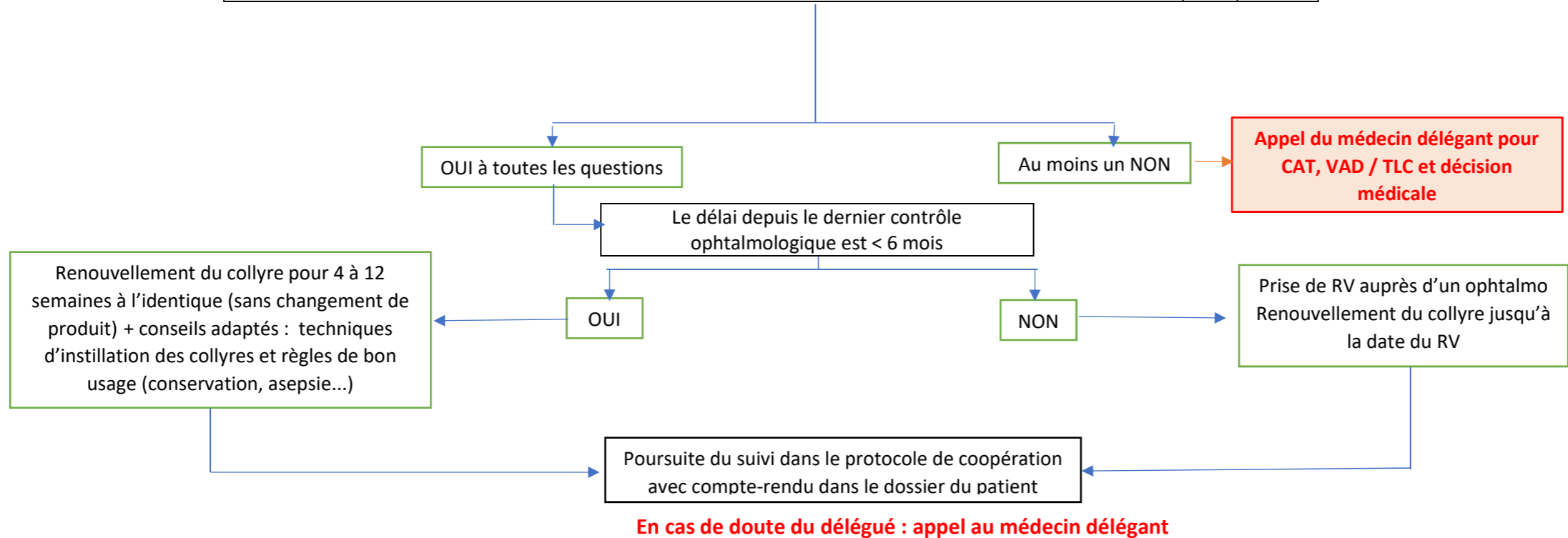
Critères de validation :

Réussite à 8 items sur 10. En cas de réponse incorrecte, le délégant apportera au délégué une information

Annexe 11 : renouvellement des collyres prescrits par le délégué ou un autre médecin pour une pathologie oculaire chronique

A l'occasion d'une visite mensuelle ou après appel du patient, demande de renouvellement de collyres initialement prescrit par un médecin

	OUI	NON
La demande est relative à une des traitements et diagnostics suivants - Traitement par substituts de larmes pour sécheresse oculaire - Traitement par collyre antiallergique local pour allergie oculaire chronique ou saisonnière		
Absence de symptômes oculaires inattendus, tels que : - Sécrétions conjonctivales - Œil rouge - Douleur oculaire uni ou bilatérale - Baisse de l'acuité visuelle - Maux de tête		
Le collyre fait partie des collyres pouvant être renouvelés dans le cadre du protocole		



Types de collyres pouvant être renouvelés dans le cadre du protocole :

- Substituts de larmes : en gel ou en solution
- Collyres antiallergiques :
 - Cromoglycate de sodium,
 - Acide N-acétyl aspartyl glutamique
 - Nédocromil, Lodoxamide

Ordonnance préétablie

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

Nom, Prénom du patient

Date :

■ Collyre « » x fois par jour pendant.....

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Compétences à acquérir :

- Connaître les manifestations habituelles des allergies oculaires saisonnières ou chroniques et de la sécheresse oculaire
- Connaître les symptômes inattendus devant conduire à contacter le délégant
- Connaître les types de collyres pouvant être renouvelés dans le cadre du protocole
- Connaître les effets secondaires des collyres pouvant être renouvelés dans le cadre du protocole
- Approfondir ses connaissances sur la technique d'instillation des collyres

Objectifs pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable

- De reconnaître des symptômes inattendus chez un patient traité pour allergie ou sécheresse oculaire
- De contacter le délégant en cas de symptômes inattendus
- De renouveler à l'identique l'ordonnance de collyres prescrits par le délégant ou l'ophtalmo dans les cas prévus au protocole
- De conseiller le patient et son entourage sur la technique d'instillation des collyres et les précautions d'hygiène à observer

Déroulement : 3h30

- Présentation de l'arbre décisionnel, des pathologies et collyres concernés par le protocole
- Résolution en groupe de cas cliniques portant sur le renouvellement des différents types de collyres prévus au protocole
- Jeu de rôle sur les conseils et explications à donner au patient et à son entourage

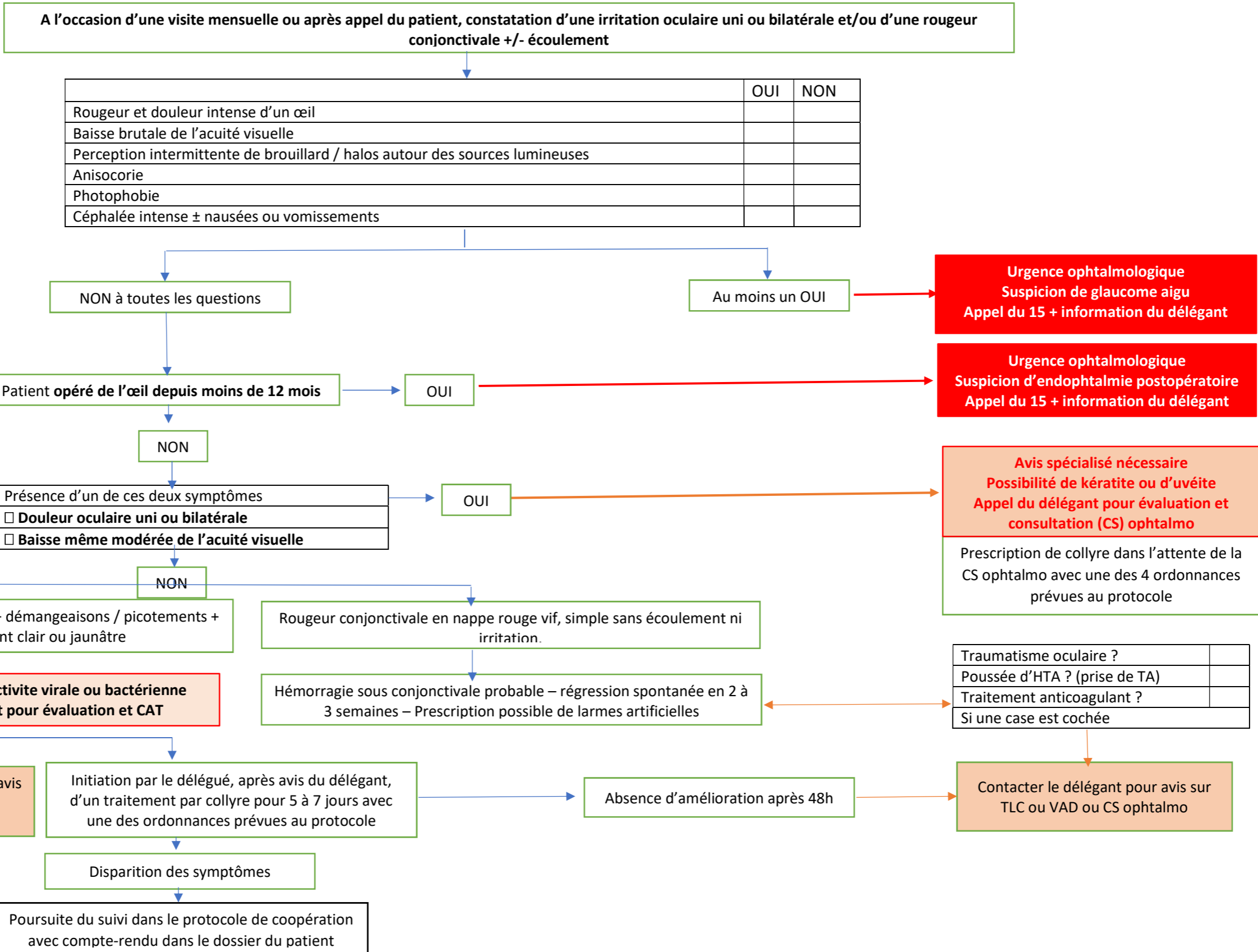
Evaluation de l'acquisition des compétence et validation par les médecins délégants :

- Les délégués compléteront un QCM de 10 items portant sur les compétences acquises au cours de la formation

Critères de validation :

- Réussite à 8 items sur 10.
- En cas de réponse incorrecte, le délégant apportera au délégué une information

Annexe 12. Initiation et adaptation de collyres en cas d'irritation oculaire ou de conjonctivite due à une affection virale ou bactérienne



En cas de situation hors protocole ou situation d'urgence ou ressentie comme telle : appel au médecin délégrant ou au 15 sans réponse du délégrant

Ordonnances préétablies

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

Nom, Prénom du patient

Date :

■ Collyre BIOCIDAN en flacon ou unidose : 1 goutte 3 à 4 fois par jour pendant 5 à 7 jours

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE...en délégation du Docteur... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Nom, Prénom du patient

Date :

■ SÉDACOLLYRE CÉTYLPYRIDINIUM 1 goutte 3 à 4 fois par jour pendant 5 à 7 jours

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE... en délégation du Docteur... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Nom, Prénom du patient

Date :

■ Collyre DESOMEDINE 2 gouttes 4 à 6 fois par jour pendant 5 à 7 jours

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE...en délégation du Docteur... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Nom, Prénom du patient

Date :

■ Collyre VITABACT : 1 goutte dans l'œil affecté 2 à 6 fois par jour pendant 5 à 7 jours

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE... en délégation du Docteur... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Nom, Prénom du patient

Date :

■ Antibiotique local AZITHROMYCINE (en l'absence d'allergie) :
1 goutte dans l'œil affecté matin et soir pendant 3 jours

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE... en délégation du Docteur... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Compétences à acquérir :

- Connaître les signes habituels d'une conjonctivite virale ou bactérienne
- Connaître les diagnostics différentiels d'une conjonctivite
- Connaître les signes de gravité nécessitant une prise en charge ophtalmologique en urgence devant un œil rouge
- Connaître les indications d'un avis spécialisé devant un œil rouge
- Connaître les contre-indications, interactions, modalités et précautions d'usage des 4 collyres antiseptiques pouvant être prescrits dans le cadre du protocole

Objectifs pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable :

- De reconnaître les signes devant faire suspecter un glaucome aigu
- D'identifier par l'observation et l'examen clinique les autres signes de gravité nécessitant un avis ophtalmologique
- De contacter le 15 en cas de suspicion d'urgence ophtalmologique en explicitant les signes cliniques constatés
- De contacter le délégant dans les cas prévus au protocole
- De prescrire les collyres dans les cas prévus au protocole
- De conseiller le patient et son entourage sur les modalités d'utilisation des collyres et la surveillance à entreprendre

Déroulement : 7 heures dont une demi-journée dans le cadre de consultations d'urgence soit à l'hôpital soit dans un cabinet qui organise ce type de consultation avec un ophtalmologiste

- Présentation de l'arbre décisionnel (diaporama) et des connaissances à acquérir
- Projection d'images de conjonctivites virales / bactériennes et des diagnostics différentiels citées dans le protocole
- Résolution en groupe de cas cliniques portant sur les différentes situations à prendre en charge
- Jeu de rôle sur les conseils et explications à donner au patient et à son entourage

Evaluation de l'acquisition des compétence et validation par les médecins délégants :

- Les délégués complèteront un QCM de 10 items portant sur les compétences acquises au cours de la formation

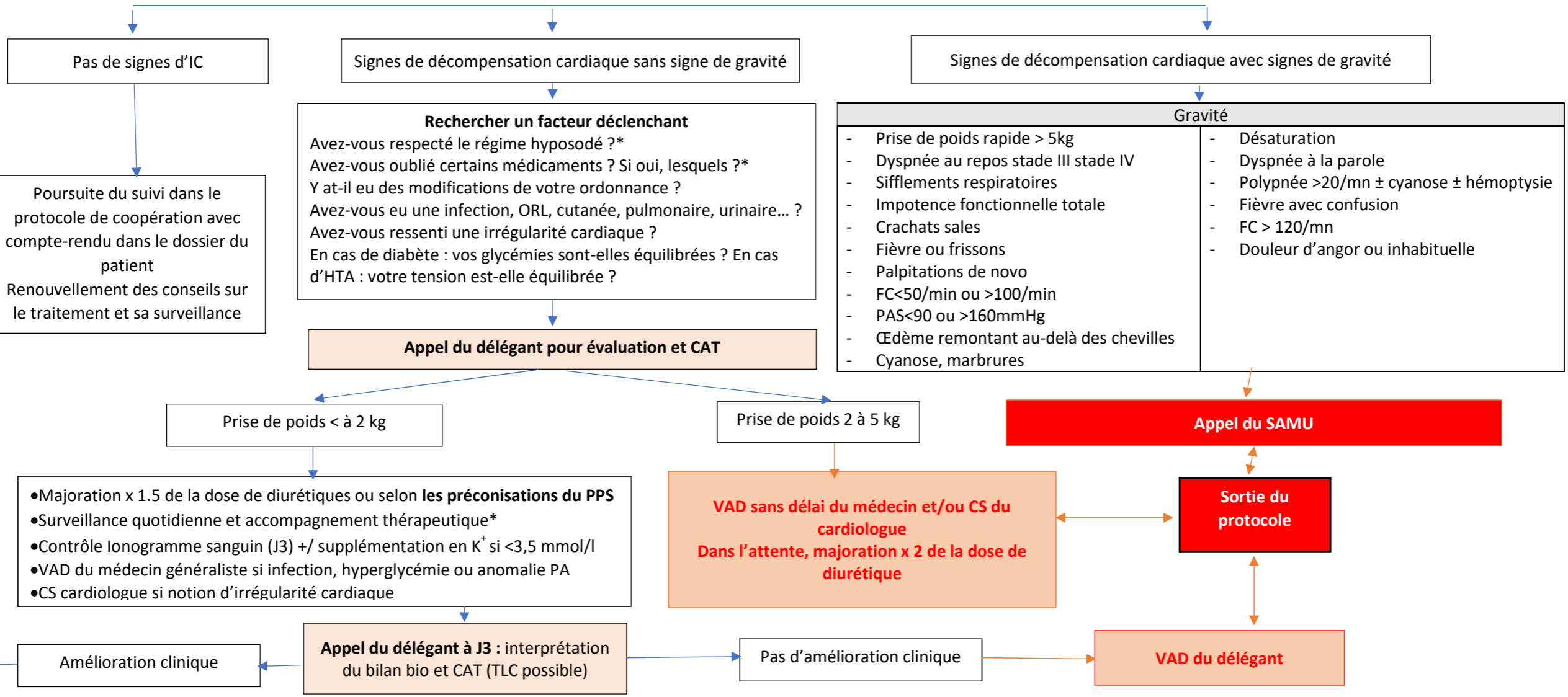
Critères de validation :

- Réussite à 8 items sur 10.
- En cas de réponse incorrecte, le délégant apportera au délégué une information

Annexe 13. Adaptation des diurétiques en cas de décompensation modérée chez des patients traités pour insuffisance cardiaque, en anticipation de l'intervention du médecin délégué

A l'occasion d'un appel du patient ou d'une consultation de suivi par le délégué d'un patient traité pour insuffisance cardiaque
 Hors patients suivis dans le programme de télésurveillance ETAPES
 Si antécédent d'insuffisance rénale terminale, appel systématique du médecin pour conduite à tenir (CAT)

Evaluation clinique standardisée	
Interrogatoire : <ul style="list-style-type: none"> - Essoufflement accru ? La nuit ? Au repos ? A la parole ? - Prise de poids récente - Œdèmes des chevilles / jambes - Fatigue accrue - Fièvre - Ressenti de palpitations - Toux inhabituelle - Douleur thoracique ? 	Examen physique : <ul style="list-style-type: none"> - Constantes : poids, FC, PA, FR, saturation - Œdèmes des membres inférieurs prenant le godet ? - Turgescence des jugulaires - Auscultation pulmonaire - Examen cutané - Anurie/polyurie ?



En cas de situation hors protocole ou situation d'urgence ou ressentie comme telle : appel au médecin délégué ou au 15 sans réponse du délégué

Ordonnances préétablies

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

Nom, Prénom du patient

Date :

Augmentation de la dose du diurétique prescrit

Furosémide jusqu'à 1000 mg/jour

Bumétanide jusqu'à 20 mg/jour

Pendant ... jours

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Nom, Prénom du patient

Date :

Par IDE au domicile,

Prélèvement sanguin par voie veineuse pour analyse biologique à déposer au laboratoire

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Nom, Prénom du patient

Date :

Ionogramme sanguin

NT proBNP

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE..... en délégation du Docteur..... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Compétences à acquérir :

- Pratiquer l'évaluation clinique d'un patient traité pour insuffisance cardiaque
- Reconnaître les signes de gravité d'une insuffisance cardiaque
- Connaître les principaux facteurs pouvant déclencher la décompensation d'insuffisance cardiaque et les interventions possibles en regard
- Adapter le traitement d'un patient présentant une décompensation modérée d'insuffisance cardiaque en lien avec le délégué et selon le protocole
- Connaître les conseils à donner au patient et à son entourage pour la prévention d'une décompensation d'insuffisance cardiaque et sa prise en charge précoce

Objectifs pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable

- Pratiquer l'évaluation clinique (interrogatoire et examen dont l'auscultation pulmonaire) d'un patient traité par insuffisance cardiaque
- Identifier les signes d'une décompensation grave d'insuffisance cardiaque et contacter le SAMU en explicitant le niveau d'urgence
- Rechercher les facteurs déclenchants d'une décompensation modérée d'insuffisance cardiaque
- Communiquer au médecin délégué les résultats de son évaluation
- Prendre en charge en lien avec le médecin délégué et selon le protocole une décompensation cardiaque modérée avec prise de poids <2 kg
- Expliquer au patient et à son entourage l'adaptation du traitement et la surveillance nécessaire
- Renforcer l'éducation du patient et de son entourage sur le suivi et la surveillance du traitement de l'insuffisance cardiaque

Déroulement : 7h

- Présentation de l'arbre décisionnel et des connaissances à acquérir (diaporama)
- Résolution en groupe de cas cliniques portant sur les différentes situations à prendre en charge
- Simulations de communication avec le délégant et le SAMU
- Jeu de rôle sur les conseils et explications à donner au patient et à son entourage

Evaluation de l'acquisition des compétence et validation par les médecins délégants :

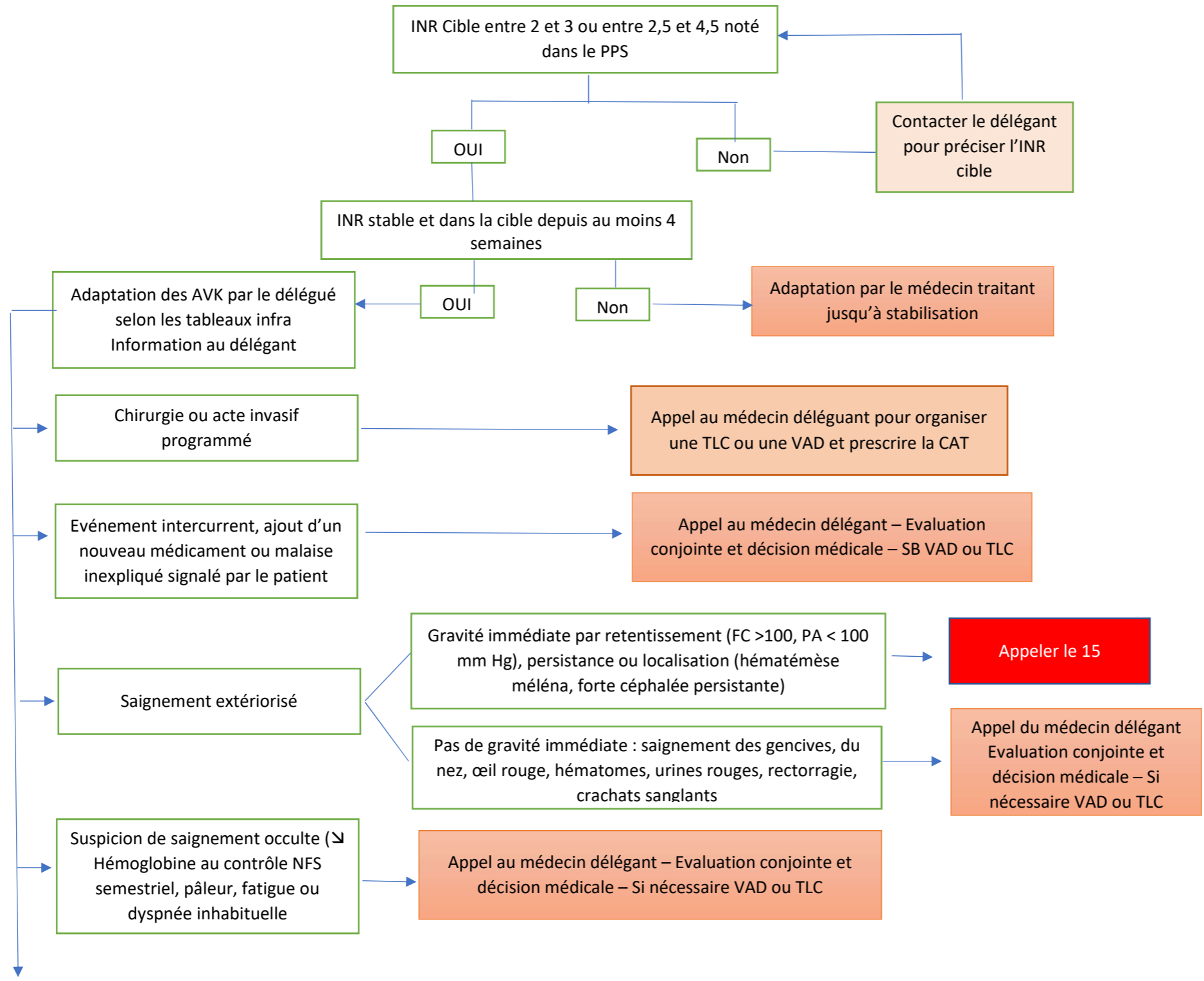
- Les délégués compléteront un QCM de 10 items portant sur les compétences acquises au cours de la formation

Critères de validation :

- Réussite à 8 items sur 10.
- En cas de réponse incorrecte, le délégant apportera au délégué une information

Annexe 14 : adaptation des AVK en fonction de l'INR et des pathologies du patient

Lors d'une consultation de suivi par le délégué d'un patient traité par anti vitamines K ou après appel du patient ou en cas de chute du patient



Règles générales de prescription et de suivi mensuels de l'INR par le délégué

- Donner au patient la fiche de conseils infra et lui répéter régulièrement ces conseils
- Avant toute modification de dose à la hausse ou à la baisse rechercher systématiquement une cause pouvant expliquer la variation de l'INR: oubli, erreur de prise, interactions médicamenteuses, affections intercurrentes, changement dans le régime alimentaire (aliments riches en vitamine K).
- Etre vigilant aux prescriptions de médicaments pouvant modifier l'INR et particulièrement
 - A l'aspirine à forte dose, aux AINS, à la phénylbutazone, au miconazole par voie buccale (**DAKTARIN** gel buccal, **LORAMYC**) : risque de saignement et d'hémorragie ;
 - Aux produits de phytothérapie contenant du millepertuis : diminution de l'effet anticoagulant et risque de thrombose.
- Si un autre traitement doit être débuté, modifié ou supprimé, effectuer un contrôle de l'INR 3 à 4 jours après.
- S'assurer de la surveillance tous les 6 mois de NFS - plaquettes pour dépister une hémorragie occulte

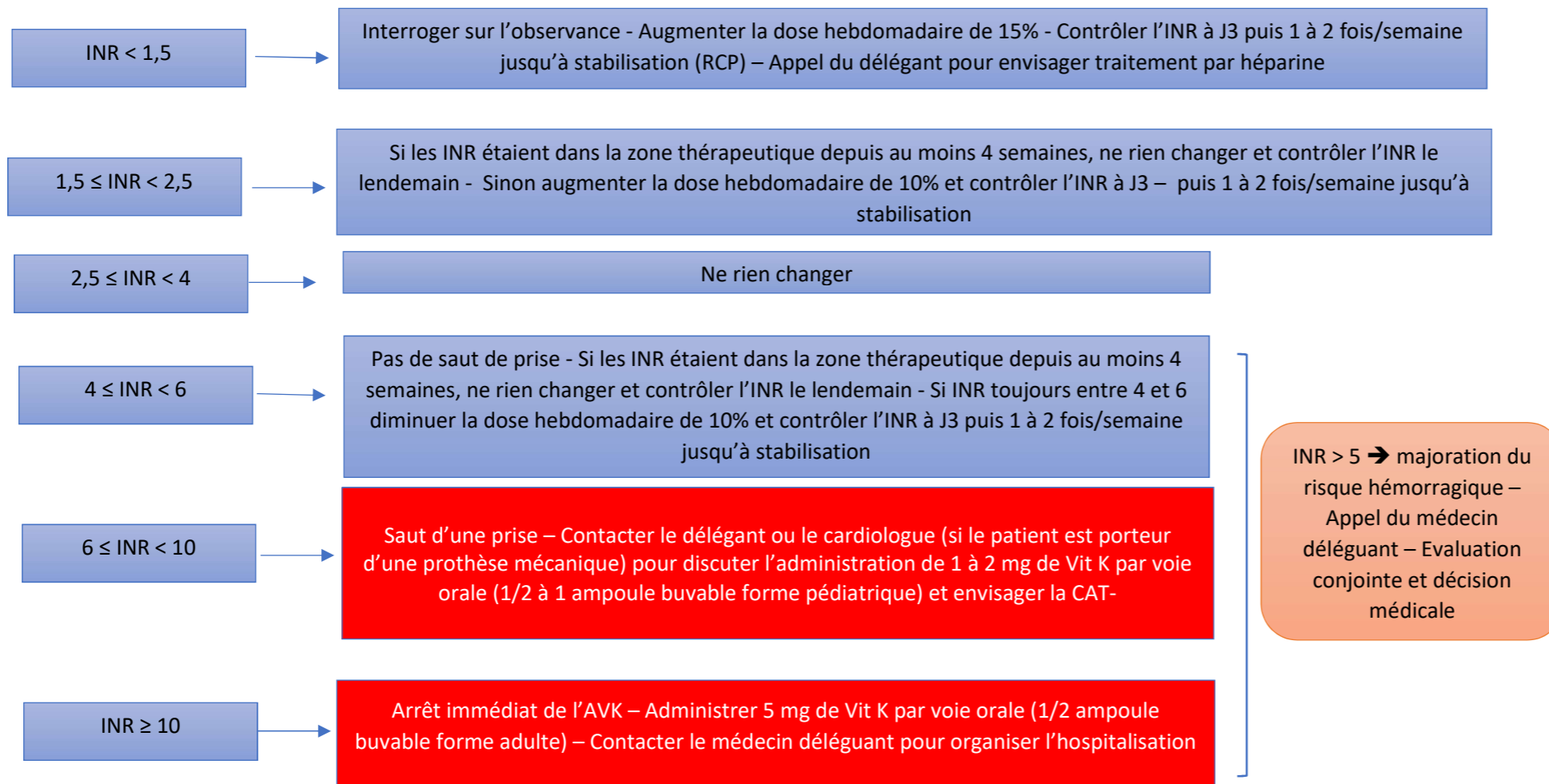
Tableau d'adaptation des AVK pour un INR cible à 2.5 (fenêtre entre 2 et 3) – Pas de saignement extériorisé

INR < 1,5	Interroger sur l'observance - Augmenter la dose hebdomadaire de 15% - Contrôler l'INR à J3 puis 1 à 2 fois/semaine jusqu'à stabilisation (RCP) – Appel du délégué pour envisager traitement par héparine
1,5 ≤ INR < 2	Si les INR étaient dans la zone thérapeutique depuis au moins 4 semaines, ne rien changer et contrôler l'INR le lendemain - Sinon augmenter la dose hebdomadaire de 10% et contrôler l'INR à J3 – puis 1 à 2 fois/semaine jusqu'à stabilisation
2 ≤ INR < 3	Ne rien changer
3 ≤ INR < 4	Si les INR étaient dans la zone thérapeutique depuis au moins 4 semaines, ne rien changer et contrôler l'INR le lendemain – Si INR toujours entre 3 et 4 diminuer la dose hebdomadaire de 10% et contrôler l'INR à J3 puis 1 à 2 fois/semaine jusqu'à stabilisation
4 ≤ INR < 6	Saut d'une prise – Contrôle quotidien de l'INR et reprise de l'AVK quand l'INR est dans la cible thérapeutique – Puis contrôler l'INR à J7
6 ≤ INR < 10	Arrêt immédiat de l'AVK et appel du délégué – Administrer 1 à 2 mg de Vit K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique) et appel du délégué pour CAT
INR ≥ 10	Arrêt immédiat de l'AVK – Administrer 5 mg de Vit K par voie orale (1/2 ampoule buvable forme adulte) – Contacter le médecin délégué pour organiser l'hospitalisation

INR > 5 → majoration du risque hémorragique – Appel du médecin délégué – Evaluation conjointe et décision médicale

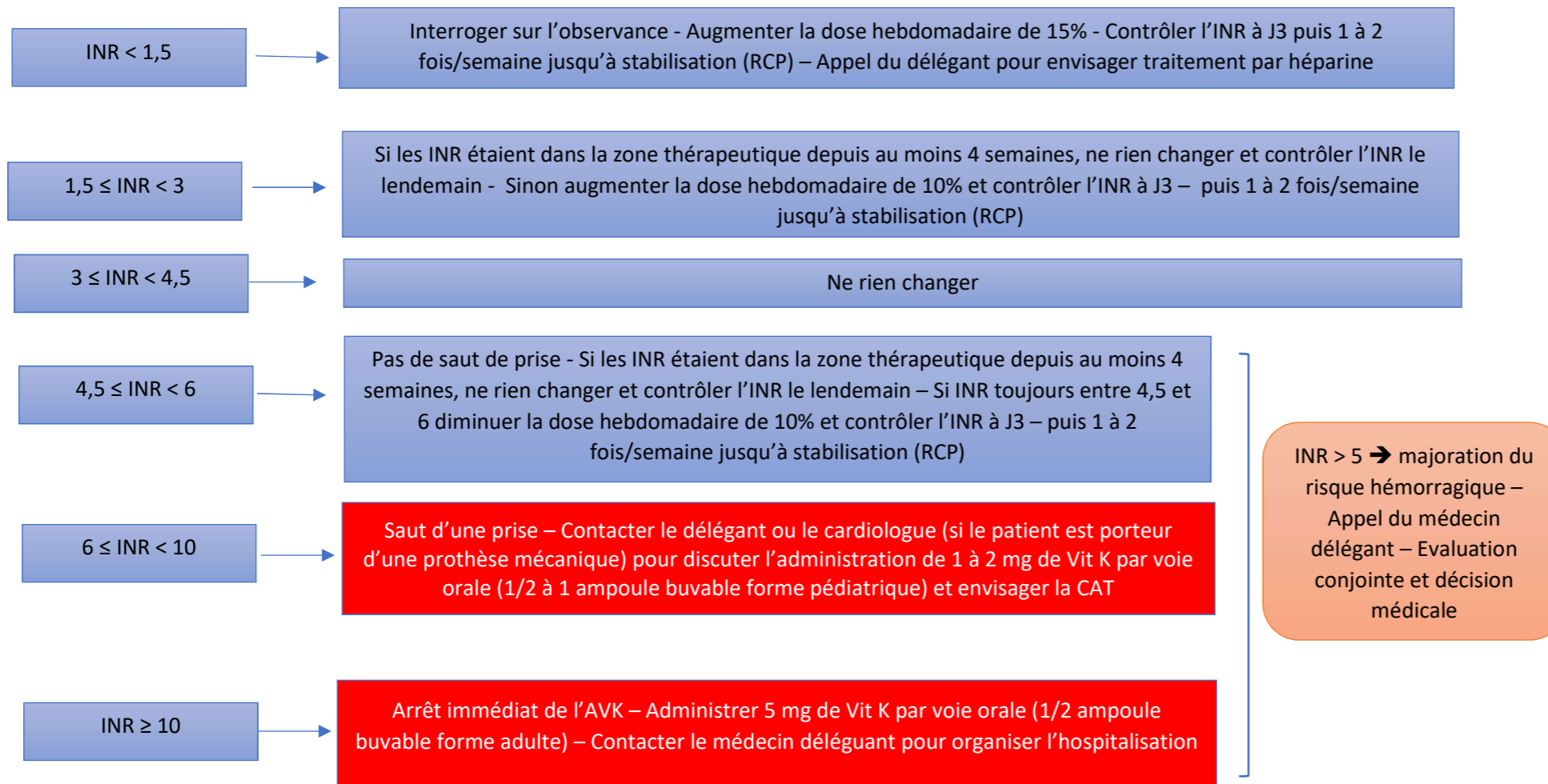
En cas de situation hors protocole ou situation d'urgence ou ressentie comme telle : appel au médecin délégué ou au 15 sans réponse du délégué

Tableau d'adaptation des AVK pour un INR cible ≥ 3 (fenêtre entre 2,5 et 3,5) – Pas de saignement extériorisé



En cas de situation hors protocole ou situation d'urgence ou ressentie comme telle : appel au médecin délégant ou au 15 sans réponse du délégant

Tableau d'adaptation des AVK pour un INR cible ≥ 3 (fenêtre entre 3 et 4,5) – Pas de saignement extériorisé



En cas de situation hors protocole ou situation d'urgence ou ressentie comme telle : appel au médecin déléguant ou au 15 sans réponse du déléguant

Les dix conseils à donner aux patients et à son entourage

1. Respectez la dose de médicament AVK qui a été prescrite et les heures de prise : prise tous les jours à heure fixe
2. Ne modifiez pas ni n'arrêtez un traitement AVK sans l'accord préalable d'un médecin ou de votre infirmier (e).
3. N'oubliez pas de faire pratiquer les contrôles d'INR, prescrits par votre infirmier ou votre médecin, à la date indiquée.
4. Signalez la prise de traitement par AVK
 - A tout professionnel de santé consulté : médecin, pharmacien, biologiste, infirmière, dentiste, kinésithérapeute, pédicure...
 - A l'entourage, famille et amis.
5. Contactez sans délai votre médecin ou votre infirmier en cas de signe d'apparition d'un saignement, même s'il semble mineur :
 - saignement des gencives, du nez ou œil rouge (hémorragie conjonctivale),
 - présence de sang dans les urines,
 - apparition de « bleus » (hématomes),
 - présence de sang rouge dans les selles ou selles noires,
 - vomissements ou crachats sanglants, saignement qui ne s'arrête pas,
6. Contactez votre médecin ou votre infirmier en cas de fatigue inhabituelle, d'essoufflement anormal, de pâleur inhabituelle, de mal de tête ne cédant pas au traitement, de malaise inexplicable.
7. Remplissez un carnet de traitement à chaque INR (résultat de l'INR, dose journalière effectivement prise depuis le précédent INR), notez tout incident et pensez à l'apporter à chaque consultation.

8. Médicaments

- En cas de prise habituelle d'un autre traitement, continuer ce traitement sans omission car l'équilibre de l'INR tient compte de ce traitement –
- Prenez l'avis de votre médecin traitant ou de l'infirmier AVANT toute prise de nouveau médicament, ou soin : injection intramusculaire ou intra articulaire, extraction dentaire, soins de pédicurie, petite chirurgie, ou projet de voyage.
- Evitez l'automédication : pas de médicament, même disponible sans ordonnance (par exemple, de l'aspirine ou d'autres anti-inflammatoires) ou à base de plantes (par exemple, du millepertuis) y compris dans des situations banales (douleur, crise de rhumatisme, fièvre, grippe, angine...) : consultez un médecin.

9. Une alimentation équilibrée et une consommation modérée d'alcool sont compatibles avec la prise d'AVK. Certains aliments contiennent de la vitamine K en grande quantité et peuvent modifier votre INR (brocolis, laitue, fenouil, épinards, choux, choux fleurs, choux de Bruxelles, choucroute, asperges, carottes) : répartissez les dans votre alimentation de manière régulière et sans excès. Evitez les compléments alimentaires riches en Vitamine E et le ginseng

10. Vie quotidienne : prudence lors de manipulation d'objets tranchants ou d'activités à risque de chute.

Ordonnances préétablies

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

Nom, Prénom du patient

Date :

Par IDE au domicile,

**Prélèvement sanguin par voie veineuse pour analyse biologique à déposer au laboratoire
INR mensuelle pendant 3 mois**

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE... en délégation du Docteur... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Nom, Prénom du patient

Date :

Par IDE au domicile,

**Prélèvement sanguin par voie veineuse pour analyse biologique à déposer au laboratoire
renouvelable 5 fois
Pour INR exceptionnel**

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE.... en délégation du Docteur...pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Nom, Prénom du patient

Date :

INR

Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué

IDE... en délégation du Docteur... pour le protocole de coopération national MG-IDE selon l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

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

Compétences à acquérir :

- Connaître les indications du traitement par AVK et les cibles d'INR conseillées en regard
- Connaître les règles générales de l'adaptation du traitement par AVK
- Connaître les principaux médicaments pouvant interagir avec les AVK
- Connaître la conduite à tenir en cas de saignement et/ou d'INR très élevé
- Connaître les conseils à donner au patient et à son entourage sur le traitement par AVK

Objectifs pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable

- En cas de variation de l'INR, rechercher les facteurs pouvant expliquer cette variation et y remédier avant toute modification de la dose d'AVK
- Adapter le traitement par AVK selon le protocole et en lien avec délégant
- Contacter le délégant dans chaque situation prévue par le protocole
- Répondre aux appels et aux questions du patient traité par AVK
- Evaluer le degré de gravité d'un saignement extériorisé et contacter le SAMU ou le délégant comme prévu par le protocole
- Expliquer au patient et à son entourage l'attitude à avoir en cas de saignement même minime
- Renforcer l'éducation du patient et de son entourage sur le suivi et la surveillance du traitement par AVK

Déroulement : 7h

- Présentation de l'arbre décisionnel et des connaissances à acquérir (ppt)
- Résolution en groupe de cas cliniques portant sur les différentes situations à prendre en charge
- Simulations de communication avec le délégant et le SAMU
- Jeu de rôle sur les conseils et explications à donner au patient et à son entourage

Evaluation de l'acquisition des compétence et validation par les médecins délégants :

- Les délégués compléteront un QCM de 10 items portant sur les compétences acquises au cours de la formation

Critères de validation :

- Réussite à 8 items sur 10.
- En cas de réponse incorrecte, le délégant apportera au délégué une information

Annexe 15. Tableau récapitulatif des normes attendues

NFS	NORMES
Hématie (millions /mm ³)	4.2 - 5.7
Hémoglobine (g /100 ml)	14.0 - 17.0
Hématocrite (%)	40 - 52
VGM (μ ³) Volume Globulaire Moyen	80 - 95
TCMH (pg) Teneur Corpusculaire Moyenne en Hémoglobine	28 - 32
CCMH (pg) Teneur Corpusculaire Moyenne en Hémoglobine	30 - 35
Leucocytes (/mm ³)	4000 - 10000
Plaquettes (/mm ³ x1000)	150 - 400
IONO SANGUIN	NORMES
Sodium	135 à 145 mmol/l
Potassium	3.5 à 5 mmol
Chlore	95 à 105 mmol/l
Bicarbonates	22 à 30 mmol
Protéines totales	65 à 75 g/l
Phosphore	0.8 à 1.35 mmol
Magnésium	0.75 à 1 mmol
Calcium	2.25 à 2.5 mmol
Glucose	3.6 à 5.5 mmol/l
Urée	2.5 à 7.5 mmol/l
Créatinine	50 à 115 μmol/l
Acide urique	120 à 420 μmol/l
Fer homme	10 à 30 μmol
Fer femme	10 à 27 μmol
Capacité de fixation	45 à 72 μmol/l
Coeff . de saturation	30 à 40 %
AUTRES	NORMES
Albuminémie	35 – 50 g/l
CRP	< à 5 mg/l
Clairance, tenir compte de l'âge : à identifier à l'entrée du protocole avec le délégué	≥ à 90 ml/mn/m ²
NT proBNP, tenir compte de l'âge : à identifier à l'entrée du protocole avec le délégué	

Risque thrombogénique	Facteurs de risques liés au patient	
	Aucun	≥ 1
Faible	INR cible 2.5 (2 à 3)	INR cible 3 (2.5 à 3.5)
Moyen	INR cible 3 (2.5 à 3.5)	INR cible 3.5 (3 à 4)
Elevé	INR cible 3.5 (3 à 4)	INR cible 4 (3.5 à 4.5)

Annexe 16. Modèle type de courrier d'information aux correspondants

Cher (ère) collègue,

Le patient M.....né le

Bénéficie d'une prise en charge par un(e) infirmier(ère) dans le cadre du protocole national « Coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou en situation de handicap en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins ».

Ce protocole a été autorisé par un arrêté des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'HAS. Il vise à permettre un suivi interprofessionnel et coordonné du patient entre médecin traitant et infirmier afin qu'il puisse bénéficier d'un suivi et d'une prise en charge adaptés à ses besoins, en toute proximité et sécurité, à éviter et/ou prévenir les situations pouvant amener à une rupture de parcours, à une décompensation de maladie chronique, à une plus forte dépendance ou à une hospitalisation évitable.

M....., à défaut son représentant légal, a été informé de ce protocole et a donné son consentement pour y participer.

Nous pouvons à votre demande vous faire parvenir par mail le protocole de coopération. Vous pouvez aussi dès maintenant le consulter sur la plateforme : [Les protocoles de coopération entre professionnels de santé - Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr)

Les actes dérogatoires pouvant être réalisés par l'infirmier dans le cadre de ce protocole sont les suivant :

Dérogation 1 : Prévention de la déshydratation par adaptation des traitements par diurétiques et anti hypertenseurs en cas de forte chaleur et autres circonstances sur une durée de 2 à 7 jours, et prise en charge d'un patient présentant des signes cliniques et biologiques de déshydratation après avis du médecin délégué et en anticipation de son intervention Dérogation 2 : Identification du risque de chute, prescription de mesures urgentes et proposition d'un programme de prévention en lien avec le médecin délégué

Dérogation 3 : Diagnostic de la dénutrition et mise en place d'actions de correction en lien avec le médecin délégué

Dérogation 4 : Renouvellement et adaptation des antalgiques de niveau 1 prescrits par le délégué

Dérogation 5 : Renouvellement et adaptation de laxatifs prescrits par le délégué

Dérogation 6 : Renouvellement et adaptation des dispositifs de compression veineuse force 2 (pose et retrait) prescrits par le délégué

Dérogation 7 : Renouvellement et adaptation des topiques antifongiques prescrits par le délégué

Dérogation 8 : renouvellement des collyres prescrits par le délégué ou un autre médecin pour une pathologie oculaire chronique

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

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

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

L'équipe se tient à votre disposition par téléphone..... et par courriel à l'adresse.....

En vous remerciant de votre confiance.

Bien confraternellement.

L'équipe.....

Pour tout complément d'information, ci-dessous les coordonnées du médecin traitant :

ETUDE PRISM : SUPPORT D'ANALYSE D'EI

Nom de la structure : Nom du « pilote analyse » :

Date de l'analyse : / / 201... Date de la réunion CREX : / / 201...

1. Informations avant la survenue de l'EI

a. Informations sur le patient si l'évènement concerne un patient

Sexe H F Age : Consultation Programmée Non programmée / en urgence

Diagnostic / motif de consultation :

Situation clinique avant la survenue de l'EI :

a) Antécédents médicaux contributifs à la survenue de l'EI

.....

b) Traitement en cours au moment de la survenue de l'EI

.....

b. Informations sur la structure

Elément contextuel particulier lors de la survenue de l'EI (le cas échéant):

.....

2. Informations sur l'EI

Description synthétique de l'EI (« Que s'est-il passé ? Quoi ? Qui ? Où ? Comment ? » etc...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date (et heure de survenue) de l'EI :/...../201... (àh.....)

Conséquences avérées de l'EI pour le patient : OUI NON

Décès Mise en jeu du pronostic vital Altération corporelle ou fonctionnelle définitive

Altération corporelle ou fonctionnelle transitoire Absence de conséquence connue

Conséquences potentielles de l'EI pour le patient : OUI NON

Décès Mise en jeu du pronostic vital Altération corporelle ou fonctionnelle définitive

Altération corporelle ou fonctionnelle transitoire Absence de conséquence connue

Conséquences avérées de l'EI pour la structure : OUI NON

Si OUI, Précisez :

Conséquences potentielles de l'EI pour la structure : OUI NON

Si OUI, Précisez :

Chronologie détaillée et factuelle de l'EI selon les trois moments clés : Avant / Pendant / Après. Veillez à détailler le rôle de chaque intervenant (le cas échéant)

Avant (contexte de la survenue)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Facteurs favorisants (dysfonctionnements identifiés). Posez-vous successivement pour chaque facteur plusieurs fois la question « Pourquoi ? », afin d'identifier la cause profonde.

Facteur 1

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pourquoi ?

La grille CADYA fournie en annexe vous permet de vérifier que tous les domaines ont bien été explorés.

Propositions d'actions correctives

A l'issue de l'analyse, quelle(s) proposition(s) d'actions correctives peuvent-elles être envisagées afin de limiter le risque de nouvelle survenue de l'EI ? Elles peuvent avoir trait à l'organisation au sein de la structure, à la formation des intervenants, à la communication ou encore aux éléments matériels etc.

Action corrective 1 :

Description :

.....
.....

Action corrective 2 :

Description :

.....
.....

Action corrective 3:

Description :

.....
.....

Action corrective 4 :

Description :

.....
.....

Mesures de signalement complémentaires

Cet EI a-t-il été signalé dans le cadre d'un système de signalement ? Oui Non

Si OUI Préciser :

Si NON Préciser pourquoi :

Information du patient, si un patient est concerné

Le dossier médical du patient comporte-t-il la mention d'une trace de la survenue de l'EI?

Oui Non

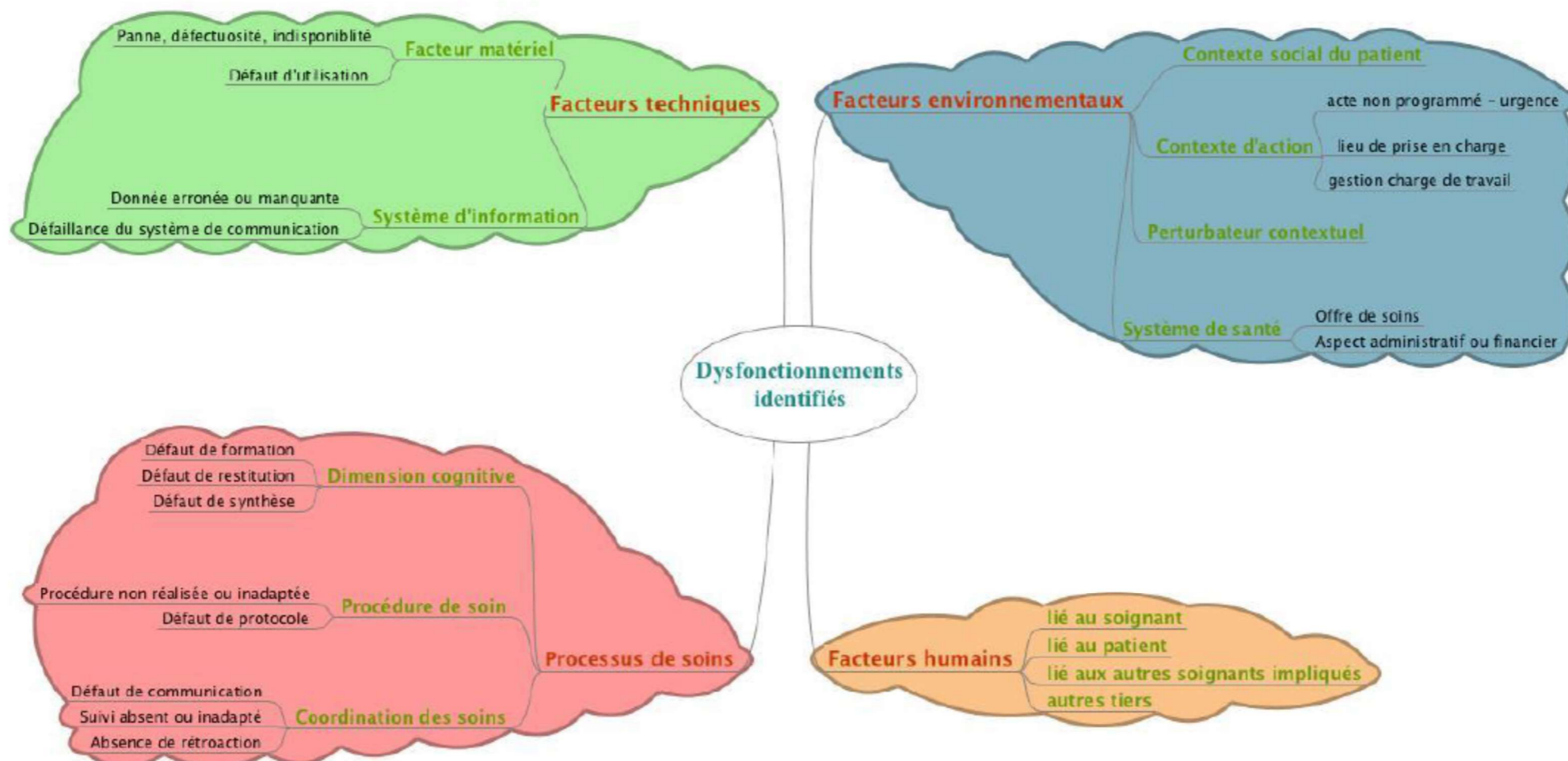
Le patient (ou son entourage) a-t-il été informé, oralement ou par écrit, de la survenue de l'EI?

Oui Non

Si oui, le dossier médical du patient comporte-t-il une trace de l'information donnée au patient sur l'EI?

Oui Non

Grille CADYA (CATégories des Dysfonctionnements en Ambulatoire)



THESAURUS DE MOTS-CLEFS POUR LES FACTEURS HUMAINS

DEFAUT D'ATTENTION	TROUBLE DE LA PERSONNALITE (addiction, mensonge)	GENE (Honte, Timidité)
MANQUE D'IMPLICATION (Défaut de compliance ou d'observance)	CONFUSION (Trouble du langage, de la compréhension, handicap)	DEFAUT D'EMPATHIE (Antipathie, méfiance, manque de confraternité)
NEGLIGENCE (absence, retard, oubli, précipitation)	IMPATIENCE (vindicatif, sans gêne)	MALADRESSE (Indiscrétion)
AGRESSIVITE (Colère, énervement, violence)	DEFAUT AUTORITE (manque de courage, sympathie trop grande)	FATIGUE (asthénie)
STRESS (anxiété, peur)	ORGUEIL (Narcissisme)	AUTRE

ETUDE PRISM : SUPPORT SUIVI ACTIONS CORRECTIVES

Nom de la structure : Date de la réunion CREX : / / 201...

Nom du « pilote actions correctives » :

ACTIONS CORRECTIVES RETENUES A L'ISSUE DU CREX

Action corrective 1 :

Description :

.....

Responsable : Echéance de mise en place :

Modalités de diffusion de l'information :

.....

Evaluation de l'action corrective :

Echéance :

Modalités :

Action corrective 2 :

Description :

.....

Responsable : Echéance de mise en place :

Modalités de diffusion de l'information :

.....

Evaluation de l'action corrective :

Echéance :

Modalités :

Action corrective 3 :

Description :

.....

Responsable : Echéance de mise en place :

Modalités de diffusion de l'information :

.....

Evaluation de l'action corrective :

Echéance :

Modalités :

NOM DU PILOTE « ACTIONS CORRECTIVES » :						DATE DU CREX :/...../201.....
Suivi des actions correctives						
N° de l'action	Date de mise en place	Nom du responsable	Libellé et contenu de l'action	Date d'évaluation	Degré de mise en œuvre (réalisée, non réalisée, en cours, prévue)	Modifications à proposer au CREX et leurs justifications

Annexe 18. Questionnaire pour le recueil de la satisfaction des professionnels de santé

Enquête de satisfaction délégant

Vous avez adhéré au protocole de coopération « Coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou en situation de handicap en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins ». 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, êtes-vous satisfait des compétences du délégué dans le cadre de ce protocole?

Insatisfait Peu satisfait Satisfait Très satisfait

2- La qualité des échanges entre vous et le(s) délégué(s) vous satisfait-elle ?

Insatisfait Peu satisfait Satisfait Très satisfait

3- Selon vous, ce protocole de coopération permet-il une meilleure prise en charge des patients en difficultés pour se déplacer au cabinet des médecins ?

Insatisfait Peu satisfait Satisfait Très satisfait

4- Le protocole de coopération permet-il une amélioration de la qualité de votre pratique professionnelle ?

Insatisfait Peu satisfait Satisfait Très satisfait

5- Le protocole de coopération vous permet-il de dégager du temps afin de le consacrer à des cas plus complexes ?

Insatisfait Peu satisfait Satisfait Très satisfait

6- Depuis votre adhésion au protocole, ressentez-vous une amélioration de votre satisfaction au travail ?

Insatisfait Peu satisfait Satisfait Très satisfait

7- Etes-vous globalement satisfait par la mise en œuvre du protocole de coopération ?

Insatisfait Peu satisfait Satisfait Très satisfait

Merci de nous faire part de vos éventuelles remarques :

Enquête de satisfaction délégué

Vous avez adhéré au protocole de coopération « Coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou en situation de handicap en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins ». 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- Etes-vous satisfait de votre positionnement par rapport à l'ensemble des acteurs (patients, autres professionnels) dans le cadre du protocole ?

Insatisfait Peu satisfait Satisfait Très satisfait

2- Pensez-vous exercer de façon sécurisée dans le cadre du protocole ?

Insatisfait Peu satisfait Satisfait Très satisfait

3- Le délégué est-il facilement joignable ?

Insatisfait Peu satisfait Satisfait Très satisfait

4- La qualité des échanges entre vous et le délégué vous satisfait-elle ?

Insatisfait Peu satisfait Satisfait Très satisfait

5- Pensez-vous que le protocole de coopération permet une meilleure prise en charge des patients en difficultés pour se déplacer au cabinet des médecins ?

Insatisfait Peu satisfait Satisfait Très satisfait

6- Votre participation au protocole améliore-t-elle votre satisfaction au travail ?

Insatisfait Peu satisfait Satisfait Très satisfait

7- Ressentez-vous une valorisation de votre pratique professionnelle ?

Insatisfait Peu satisfait Satisfait Très satisfait

8- Etes-vous globalement satisfait par la mise en œuvre du protocole de coopération ?

Insatisfait Peu satisfait Satisfait Très satisfait

Merci de nous faire part de vos éventuelles remarques :

Enquête de satisfaction du patient ou de son tuteur/curateur

Protocole de coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés en situation de handicap en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins

Enquête de satisfaction du patient ou de son tuteur/curateur

Avez-vous le sentiment d'avoir bénéficié d'une prise en charge adaptée à vos besoins de santé à votre domicile ?

Oui	Pas toujours	Non	Ne sait pas

Etes-vous satisfait par ce nouveau mode de prise en charge à domicile ?

Oui	Pas toujours	Non	Ne sait pas

Avez-vous eu toutes les informations dont vous aviez besoin ?

Oui	Pas toujours	Non	Ne sait pas

Avez-vous des remarques ?

.....

.....

.....

Annexe 19 : Tableau de suivi des indicateurs

Type d'indicateurs	Libellé de l'indicateur	Objectif quantifié	Numérateur	Dénominateur	Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)	Commentaires
Professionnels de santé délégant/délégué	Nombre de délégués pour le délégant cible		Non applicable (NA)	NA	NA	
	Nombre de délégants pour le délégué cible		NA	NA	NA	
	Nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole pour le délégant cible	Tendre vers 2 à 3 la 1 ^o année puis montée en charge progressive les années suivantes	NA	NA	NA	Accompagne le délégué au maintien de ses compétences
	Nombre de patients pris en charge dans le protocole pour le délégué cible	Tendre vers 2 à 3 la 1 ^o année puis montée en charge progressive les années suivantes	NA	NA	NA	Critère de maintien des compétences
Activité	Taux d'adhésion au protocole	Tendre vers 80 % à n+1 90 % à n+2 par rapport à l'année n (année référence, de mise en œuvre du protocole)	Nbre de patients éligibles inclus dans le protocole	Nombre de patients éligibles au protocole	50 % à n+1 70 % à n+2	Analyser les causes de refus
Qualité de prise en charge	Taux de reprises du suivi par le délégant (hors critère d'exclusion initial)	Tendre vers < à 20% n+1 < à 10% n+2	Nombre de patients sortie secondairement du protocole (hors décès)	Nombre de patients inclus au protocole		La sortie consiste en une reprise du suivi par le délégant suite à la présence d'un critère d'intervention du délégant au cours de la prise en charge excepté la présence initiale d'un critère d'exclusion
	Taux d'événements indésirables	Tendre vers 0%	Nombre de patients ayant eu au moins un événement indésirable survenu et signalé par le délégué	Nombre de patients inclus		Distinguer selon la gravité et selon le type d'EI. Ex : liés au patient, liés à la qualité de PEC

	Taux d'événements indésirables graves	Tendre vers 0%	Nombre de patients ayant eu au moins un événement indésirable grave survenu et signalé par le délégué	Nombre de patients inclus		Si > à 0% indiquer le nombre de suspension ou arrêt du protocole
	Nombre d'EIG déclarés	Tendre vers 0	<u>NA</u>	<u>NA</u>		Si > à 0 indiquer le nombre de suspension ou arrêt du protocole
Satisfaction	Taux de satisfaction des délégués	Tendre vers 100%	Nombre de délégués ayant répondu « très satisfait et satisfait » à la question « Etes-vous satisfait du protocole ? »	Nombre de délégués ayant répondu au questionnaire de satisfaction		
	Taux de satisfaction des délégants	Tendre vers 100%	Nombre de délégants ayant répondu « très satisfait et satisfait » à la question « Etes-vous satisfait du protocole ? »	Nombre de délégants ayant répondu au questionnaire de satisfaction		
	Taux de satisfaction des patients ou tuteurs/curateurs	Tendre vers 100%	Nombre de patients ou tuteurs/curateurs ayant répondu « oui » à la question « Etes-vous satisfait par ce nouveau mode de prise en charge à domicile ? »	Nombre de patients ou tuteurs/curateurs ayant répondu au questionnaire de satisfaction		