



Vendredi 9 mars 2018

## ATELIER 16 – IPA, IDE, ASALEE : C'EST QUOI LA DIFFERENCE ?

*Présentation de différents modes d'exercice pour les IDE*

### Le rôle de l'IPA en santé primaire

**Objectif de la présentation** : montrer l'importance du binôme médecine IDE dans la pratique avancée.

La pratique avancée suppose une **évolution des compétences de l'IDE pour le suivi des pathologies chroniques stabilisées, en consultation de 2<sup>nd</sup>e ligne**.

Levier pour répondre à la problématique de désertification médicale, la montée en compétence au niveau master (*formation de 2 ans en faculté de médecine*) est nécessaire. Cette obligation sera à confirmer avec le décret d'application, [l'Article 119 la Loi du 26 janvier 2016](#) a posé le cadre légal des pratiques avancées.

**Un IDE de pratique avancée en soins primaires n'a de sens qu'au sein d'une équipe pluriprofessionnelle** : articulation indispensable et évidente avec le MG et les intervenants du 1<sup>er</sup> recours car son intervention correspond aux besoins de l'équipe pluriprofessionnelle. En fonction de ces besoins, certaines compétences sont développées et mobilisées.

La pratique avancée n'est pas un protocole de coopération, cela nécessite d'avoir une certaine autonomie pour développer ces compétences. L'IDE de pratique avancée apporte :

- Une vision transversale du parcours du patient,
  - De l'innovation dans la prise en charge,
  - Des questionnements éthiques en concertation avec l'équipe
- ↳ *Participation à des travaux de recherche clinique pour améliorer la qualité des soins.*

**La pratique avancée est une intervention en consultation de 2<sup>nd</sup>e ligne** : pour la guidance et le coaching du patient. Les patients ne sont pas rencontrés en 1<sup>ère</sup> intention : le médecin l'oriente vers l'IDE de pratique avancée et ce dernier est libre de décider s'il accepte cette forme de suivi ou non.

Il s'agit donc de prendre en charge le suivi des pathologies chroniques stables. Si un problème de santé aiguë ou un risque de décompensation est constaté, le patient est renvoyé vers le MG.

Sur le secteur, suite au départ de certains praticiens, le MG s'était retrouvé en souffrance. Avec la mise en place de ce protocole :

- Les patients sont vus en alternance par l'IDE et MG. L'IDE gère le renouvellement de traitement et les sorties d'hospitalisation,
- Les patients se sont appropriés naturellement le protocole.

## Activités de l'IPA

Suivi des pathologies chroniques stabilisées : consultations de 30 à 45 minutes et visite à domicile :

- ↳ Nécessité d'aménager le domicile ?
- ↳ Observance thérapeutique ?
- ↳ etc.
- ❖ Bilan clinique : analyse des informations, examen et conclusions cliniques :
  - ↳ Recherche de facteurs de risques associés, risque d'une éventuelle décompensation pour un éventuel renvoi vers le MG,
  - ↳ Compréhension du traitement par le patient,
  - ↳ Repérage de facteurs de fragilité,
  - ↳ Compatibilité des traitements, en collaboration avec le médecin.
  - ↳ Renouvellement des traitements à l'identique
    - La possibilité de prescrire certains traitements devrait être autorisée par le décret,
  - ↳ Prescription et planification d'examens complémentaires,
- ❖ Elaboration d'un PPS pour chaque patient.
- ❖ Organisation : expérimentation en cours
  - ↳ Pas de rémunération.
  - ↳ Pas d'autorisation pour signer des ordonnances
    - Planning de consultations calquée sur l'organisation du MG.
  - ↳ Collaboration étroite avec le médecin généraliste

Appui de professionnels de santé pour certaines problématiques : soins palliatifs, douleurs.

Complémentarité avec l'équipe.

Nouvelles compétences développées :

- ↳ Changement de culture,
- ↳ Construction par étapes, avec l'équipe de soins.

## IDE ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

Protocole élaboré par Dr Jean GAUTIER dans les Deux-Sèvres en 2004 : coopération, partage de compétences entre MG et IDE dans l'objectif de :

- ✓ Lutter contre la désertification médicale (libérer du temps médecin),
- ✓ Améliorer le suivi des patients.

Le tarif de la consultation est couvert par le financement de l'ARS. Les patients n'ont pas à payer.

### Cadre du protocole

- ✓ Suivi du patient diabétique de type 2,
- ✓ Suivi du patient à risque cardiovasculaire,
- ✓ Suivi du patient tabagique à risque de BPCO,
  - ↳ *Sevrage tabagique autorisé à l'ensemble des IDE depuis janvier 2016,*
- ✓ Repérage des troubles cognitifs pour les personnes âgées,
  - ↳ *Dépistage des troubles cognitifs avant 75 ans si plainte ou repérage par le MT.*

### Fonctionnement :

- ✓ Formation de 3 jours sur le suivi prévu par le protocole.
- ✓ Compagnonnage chez un IDE plus expérimenté.
- ✓ Lors du suivi :
  - Repérage dans les dossiers les patients susceptibles d'être concernés : analyse des bilans, courriers du MG.
  - Consultations individuelles ou collectives au cabinet ou à domicile.
  - Compte-rendu dans le dossier médical et sur le portail ASALEE pour analyser et évaluer le travail (temps passé en consultations, en réunions avec le MG, etc.).
  - Coordination médecin / IDE
- ✓ Réunions de secteurs toutes les 6 semaines avec les IDE ASALEE pour analyse de pratiques et formation.

### Evaluation du protocole en 2015 par l'IRDES :

- ✓ Meilleure observance des patients,
- ✓ Economie de 10% de soins,
- ✓ Meilleur accès aux soins des patients,
- ✓ Dépistage plus précoce notamment pour la BPCO,
  - ↳ *Traitement plus précoce.*
- ✓ Empowerment du patient : appropriation de son traitement,
- ✓ Valorisation de la médecine de ville,
- ✓ Evolution de la profession IDE et valorisation de leurs compétences,
- ✓ Développement de la recherche autour des pratiques et de la profession IDE.

### Perspectives :

- ✓ Pérennité du financement jusqu'en 2019,
- ✓ Extension des protocoles mis en place.

### Vision d'un médecin délégant 4 ans après son entrée dans le dispositif ASALEE

Patientèle très précaire :

- ✓ 30% bénéficiaires de la CMU-C,
- ✓ Réfugiés et migrants.
  - ↳ *Inégalités sociales de santé fortes,*
  - ↳ *Difficulté pour la prise en charge,*
  - ↳ *Les soins proposés n'étaient pas optimaux.*

Conviction que les IDE ont beaucoup plus de compétences que le cadre des soins actuels.

Constats relatifs au suivi de certaines pathologies chroniques (notamment diabète) en faveur de l'adhésion au protocole ASALEE :

- ✓ Nécessité d'un écho du patient à l'annonce et à la prise en charge proposée,
- ✓ Echo auprès d'un autre professionnel que celui à l'initiative de l'annonce ou de la prise en charge.
- ✓ Accompagnement basé sur l'estime de soi, l'empowerment : « j'ai entendu et voilà ce que j'en fais ».
- ✓ Nécessité de casser la relation « maître / élève » entre patient et soignant pour permettre l'appropriation du traitement.
- ✓ Solitude du MG face à la prise en charge de la pathologie.

## IDEL

**Aujourd'hui la nomenclature des actes infirmiers ne permet pas de coter un certain nombre de compétences.**

**RQ :** protocole de coopération ASALEE est un transfert de compétences ce sont des actes dérogatoires. La pratique avancée correspond à une augmentation de compétences, pratiques au-delà des protocoles de coopération et qui met en œuvre un diagnostic infirmier.

Les prescriptions autorisées par le futur décret relèveront de ce diagnostic.



**L'article 51 de la loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2018** (intégré au code de la sécurité sociale sous l'article L. 162-31-1) prévoit la possibilité d'expérimenter des actes dérogatoires à la nomenclature pour des organisations innovantes. Ce sont de nouvelles formes de financement pour des actes dérogatoires innovants, pensées par des équipes de soins.

**L'article 51 de la loi HPST** prévoit lui des protocoles de coopération qui ouvrent des dérogations au décret de compétences. Il existe une possibilité de financer ces dérogations de façon dérogatoire.

**Focus sur un nouvel acte Infirmier : séance à domicile de surveillance clinique et de prévention pour 1 patient suite à 1 hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une BPCO.**

- ✓ Acte à domicile,
  - ↳ Avec déplacement.
- ✓ Suite à 1 hospitalisation,
  - ↳ A priori prescription hospitalière.
- ✓ AMI 5,8

Cet acte correspond au dispositif PRADO mais mis en œuvre par des IDEL :

- ✓ Education du patient : il ne s'agit pas d'ETP
  - ↳ Formation obligatoire mais dans le cadre du DPC.
- ✓ Le nombre de séances dépend du protocole : surveillance de l'observance, de la bonne utilisation des dispositifs, des effets du traitement, des constantes cliniques, transmission des informations au médecin, etc.
  - ↳ 1 visite hebdomadaire pendant 2 mois,
  - ↳ 6 mois de prise en charge maximum
  - ↳ 15 séances maximum.
- ✓ Pas de cumul avec AIS 4 et AMI 4 car il s'agit également d'actes de surveillances cliniques.

## Discussions

### Protocole ASALEE :

- ✓ Le facteur de réussite du protocole ASALEE est la relation MG /IDE, la place laissée auprès du patient à l'IDE.
- ✓ Un statut libéral pour l'IDE est compatible avec le statut salarié. Il est également envisageable de facturer le temps ASALEE à l'association comme des honoraires. Le niveau de rémunération est déterminé par l'année de diplôme (~ 28€/heure).

### Développement de l'IPA :

- ✓ Interrogation quant à l'évolution ouverte par le décret et la possibilité de prescrire par l'IDE.
- ✓ Quid du financement d'un master de pratique avancée ?
  - ↳ *Aujourd'hui, seule une part à la marge est prise en charge par les fonds de formation.*
- ✓ Lorsqu'un IDE ASALEE exerce déjà au sein d'une équipe, l'IPA devra s'adapter. Il ne s'agit pas d'ajouter un dispositif équivalent.
- ✓ Quel pourrait être le modèle économique pour les IPA ?
  - ↳ *Nécessité de reconnaissance du Master*
- ✓ Modèle salariat ou Acte ?
  - ↳ *Une majorité s'exprime pour 1 forfait versé à la structure pour le développement de l'IPA.*
  - ↳ *Dans une moindre mesure pour la création d'un acte.*
- ✓ Montage mixte : forfait et actes pour les consultations ?
  - ↳ *Forfait permet à la MSP de prendre en compte aussi les locaux utilisés.*
- ✓ Quels leviers pour l'entrée en formation d'un plus grand nombre ?
  - ↳ Difficultés évoquées : peu de temps disponible pour la formation face à 1 charge de travail importante,
  - ↳ Absence de certitude quant à la rémunération,
  - ↳ Evolution à moyen termes (10 ans) du nombre de médecins et de l'intérêt de développer ces pratiques.
    - L'évolution du nombre de MG ne sera certainement pas aussi positive,
    - Le besoin de prévention pour les patients va continuer de s'accroître : évolution des modalités de prise en charge,
    - Opportunité d'évolution de la profession d'IDEL.
    - Formations développées à temps partiel pour permettre de maintenir une activité salariée ou libérale.

D'autres pays sont plus avancés sur la pratique avancée notamment le Canada et les USA. Le retour des patients est positif que ce soit pour le protocole ASALEE ou l'IPA.

### Perspectives

- ✓ Quelle place de l'IDE dans l'accueil des patients ?
  - ↳ Orientation lors d'une demande de soins non programmés ?
  - ↳ Aujourd'hui on assiste à un engorgement des cabinets médicaux avec des pathologies virales mineures (gastro, grippe, cystite, etc.)
  - ↳ **Sur ce domaine, aucune évolution n'est prévue dans le décret.**
  - ↳ Ce type de poste est extrêmement compliqué aux urgences. Le risque est encore plus grand en médecine de ville.
- ✓ Consultations en binôme ? Prise de paramètres par l'IDE pour permettre aux MG d'établir un diagnostic rapidement ?

↳ *Ce modèle ne correspond pas à de la pratique avancée : l'IDE de pratique avancée doit prendre de l'autonomie. La prise de paramètres relève des missions classiques d'IDE : « IDE de tri »*

✓ Petites plaies : pourraient-elles être prises en charge par l'IDE de pratique avancée ?

*Synthèse réalisée par Perrine Bursztejn, coordinatrice F NAMPOS*