



Conférence Nationale
des URPS Médecins Libéraux

**HAUTE AUTORITE DE SANTE
5 avenue du Stade de France
93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX**

Objet : Avis de la CN URPS-ML sur le protocole PC 122

Paris, le 25 Novembre 2019

Mesdames, Messieurs,

Nous vous remercions d'avoir transmis le 16 Mai 2019 le protocole de coopération 122 à la Conférence Nationale des URPS-ML pour avis.

Sa Commission de travail s'est réunie et vous trouverez ci-dessous son avis.

Protocole de coopération : PC 122 : « Suivi infirmier des patients traités par clozapine TOPAZ : proTOcole PATient cloZapine », déposé par l'ARS Ile-de-France.

Ce protocole, promu par le Centre des Pathologies Résistantes du Centre Hospitalier Sainte-Anne, nous surprend à plusieurs niveaux de réflexion.

I. L'objectif du protocole

Les objectifs seraient de :

- faciliter l'accès aux soins ;
- sécuriser la prise du médicament.

Un paradoxe pour un produit nécessitant pour sa prescription initiale une hospitalisation.

Cette prescription initiale ne peut être réalisée en ambulatoire

La surveillance biologique ultérieure, très régulière, garantit le suivi (déjà en raison du risque d'agranulocytose) et sécurise donc le médicament.

« Afin d'aider les équipes de psychiatrie de première ligne » lit-on dans l'annexe 9 (p. 58).
Ces dernières avaient-elles formulé une demande ?



La première amélioration des parcours à rechercher serait la possibilité de permettre à des psychiatres de prescrire en première intention la CLOZAPINE, dans un cadre donné, sans recours à l'hospitalisation si le contexte clinique n'impose pas une hospitalisation.

II. Le délégué

Le délégué est un « Infirmier diplômé de secteur psychiatrique ».

Nous sommes surpris de cette appellation qui a, en principe, disparu.

Il n'y a plus que des « Infirmiers Diplômés d'État » (IDE).

III. Les actes dérogatoires

- 1) Analyse de la situation clinique avec cotation clinique à partir d'échelles ;
- 2) Interprétation des examens biologiques et CR d'examens paracliniques ;
- 3) Renouvellement de multiples prescriptions :
 - de la clozapine selon la recommandation du protocole (annexe 1) ;
 - des examens biologiques ;
 - des examens paracliniques (ECG et EEG) ;
 - des médicaments à but symptomatique pour traiter les effets indésirables (de la constipation et de l'hyper salivation) ;
 - d'une consultation avec la diététicienne.
- 4) Traçabilité des informations ;
- 5) Décision d'orientation du patient.

« Le suivi proposé sera décidé en concertation avec le délégant et le délégué et en accord avec le patient dans le cadre du projet de soins (**annexe 3**). »

Ces actes « dérogatoires » posent plusieurs problèmes pour nous :

La posologie doit continuer de relever d'une évaluation psychiatrique, voire de dosages sanguins de médicaments.

L'adaptation de la posologie ne peut être déléguée sans risque pour le patient.

La surveillance biologique des risques est importante associant déjà : pharmacien, biologiste et psychiatre.



Mieux la tracer au-delà du carnet pourrait éviter une intervention, si elle n'est pas pertinente, de l'infirmier.

La délégation de prescription de la clozapine à l'IDE délégué constitue, pour nous, une aberration.

Ce temps de concertation nécessaire dans ce protocole, constitue un alourdissement inutile de la charge des intervenants sur ce point.

Enfin, nous signalerons que l'expérience de la prise en charge des patients par psychologues, mieux formés que des IDE, a été interrompue en Midi-Pyrénées, car dans 46% des cas, les psychologues ont « gardé » des patients psychotiques...

IV. Le parcours de soins

Dans les critères d'inclusion, « le patient stabilisé sur le plan psychique » est évoqué.

S'il en était ainsi, ce patient nécessiterait-il comme thérapeutique la clozapine (p. 5), médicament de deuxième intention après résistance aux autres anti-psychotiques, ou pour les patients parkinsoniens présentant des troubles psychotiques, après échec, également, des autres stratégies thérapeutiques ?

Le protocole de coopération aurait pertinence à mieux tracer les collaborations possibles entre psychiatre libéral et équipes du CMP.

V. La formation des professionnels

1. Concernant « **les compétences à acquérir** », le délégué doit être capable de :

- réaliser un examen clinique ;
- interpréter les signes permettant d'apprécier l'état de la personne, les effets secondaires et/ou indésirables de la clozapine.

Ces compétences relèvent spécifiquement de la clinique du psychiatre.

Les compétences ne peuvent se déléguer ainsi.

2. Concernant la formation pratique des délégués

« **Formation pratique (20h)** (par observation, supervision, compagnonnage...)

- participer à 10h de consultation avec le délégant (soit 10 à 20 patients) ;



- réaliser 10 consultations supervisées par le délégant avec prescriptions des examens complémentaires, de la clozapine et d'éventuels traitements des effets secondaires de la clozapine (annexe 6). »

Ce temps nous paraît largement excessif pour le patient, en période critique.

La relation clinique avec le psychiatre doit être renforcée et non espacée.

Trois interventions IDE seraient un maximum qui ramènerait à un entretien psychiatrique par mois – qui serait un minimum vu la gravité de la pathologie.

3. Concernant les « besoins au maintien des compétences :

- staff mensuel du déroulement du protocole de coopération ;
- réunion tous les 6 mois pour analyser les indicateurs de suivi ;
- réévaluation annuelle systématique du protocole de coopération (délégant, délégués et équipe pluridisciplinaire) ou plus fréquemment en fonction de la littérature et de la réglementation ;
- réunions de suivi du protocole et retour d'expériences »

Ces processus chronophages font perdre du temps clinique en regard de temps d'échanges professionnels qui éloignent de la relation médecin-patient thérapeutique.

Ils constituent une lourdeur inadaptée à l'importance de la situation psychiatrique du patient requérant du temps clinique du psychiatre.

VI. Les étapes de la prise en charge des patients

« L'inadaptation de la demande du psychiatre de première ligne » est IRRECEVABLE :

- *Qui décide ?*
- *Sur quels critères ?*

Il s'agit d'une remise en cause de la pratique de la 1^o ligne qui ne saurait être féodalisée !

En conclusion : Le patient, en psychiatrie, nécessite du temps « clinique » de prise en charge par le psychiatre.

Cette délégation de tâche aurait pu ne pas se centrer sur les seules pratiques hospitalières de travail en équipe mais veiller à intégrer la richesse des différentes modalités d'exercice.



Conférence Nationale
des URPS Médecins Libéraux

Cette délégation de tâche pour une surveillance biologique n'est pas justifiée, alourdissant une formalité de surveillance biologique alors que ces patients doivent bénéficier de plus de temps de prise en charge par un psychiatre.

Des processus plus simples de coopérations professionnelles sans article 51 doivent être posés.

D'autres professionnels sont impliqués et pas seulement les équipes hospitalières repliées sur elles-mêmes.

Nous condamnons sans appel sur la forme ce protocole figé dans une pratique hospitalière cette dérogation non pertinente.

Restant à votre disposition, nous vous prions de croire, Mesdames, Messieurs, à l'assurance de nos salutations les plus cordiales.

Docteur Philippe ARRAGON-TUCOO
Président de la CN URPS-ML
Président de l'URPS-ML-Nouvelle-Aquitaine