



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 117

Paris, le 11 mars 2020

Mesdames, Messieurs,

Nous vous remercions d'avoir transmis le protocole de coopération 117 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 117 : « Réalisation des consultations de suivi post-greffe rénale par une Infirmière Diplômée d'État (IDE) en lieu et place du médecin néphrologue au cours de la première année».

I. Concernant ce protocole

1. Les promoteurs du protocole

Le Promoteur n'est pas nommé initialement.

Nous comprenons, qu'il s'agit d'un service de Néphrologie avec transplantation rénale du CHU de Lyon dans l'Annexe 1 et la « Lettre d'information au patient » (Annexe 3) (et Annexes suivantes)

Le délégant est « un » Médecin Néphrologue : la liste des professionnels concernés par la coopération est consultable sur le site Internet de la HAS

Le délégué est une Infirmière Diplômée d'État du service de transplantation rénale, volontaire et habituée à la prise en charge des patients transplantés rénaux, formée à l'éducation et au management du patient.

2. L'objectif du protocole

Permettre au patient les 20 consultations de la première année dans le centre de transplantation dans le but de « dépister les problèmes médicaux inattendus ».



L'objectif d'activité du délégué correspond à 70% des nouveaux patients greffés chiffrés ainsi :

- « 100 patients par an
- 7 consultations dans les 6 premiers mois post greffe soit 700 consultations dérogatoires par an
- 14 consultations par semaine sur 2 journées »

3. Les actes dérogatoires du délégué

Ils portent sur deux domaines.

« ***L'évaluation de l'état de santé du patient avec le repérage :***

- de l'altération des composantes physiques et psychiques ;
- évaluation de la fonction rénale, protéinurie ;
- repérage des facteurs de risque rénaux, surveillance des traitements prophylactiques, des traitements néphroprotecteurs, du traitement immunosuppresseur ;
- repérage des effets indésirables des traitements ;
- repérage des complications et alertes.

La surveillance

- le recueil des données cliniques et biologiques de ville réalisé la semaine précédente ;
- leur saisie dans le dossier informatisé du patient ;
- la transmission et l'explication des décisions au patient.

Trois situations sont alors possibles.

- Devant l'absence de modifications cliniques et biologiques : aucun changement thérapeutique n'est envisagé.
- « ***Nécessité d'une surveillance accrue sans voir le délégant*** » est-il noté
- Nécessité d'avertir le délégant.

Les conduites à tenir ayant été définies au préalable

4. La formation du délégué associé

Pré requis :

- IDE ayant 3 ans d'ancienneté dans le service de néphrologie-transplantation rénale
- Suivi des cours du Diplôme Inter Universitaire de Transplantation (120 heures) au cours des 2 premières années de protocole (sans passage d'examen, dédié au corps médical)

Formation pratique : observation de 30 consultations médicales, et mise en situation sous supervision médicale.



Formation continue : visite médicale hebdomadaire post greffe, colloque sur les nouveaux patients, congrès.

5. Le système d'information

Une grille de recueil spécifique existe dans le dossier médical informatisé avec examen clinique, biologique et critères d'alerte au délégué.

Le compte-rendu de consultation est remis au patient qui peut consulter son médecin traitant ou un autre spécialiste.

Le médecin traitant est également destinataire des CR de consultation.

II. Les questions soulevées par ce protocole

1. A quelle nécessité répond ce protocole ?

Un problème de démographie des médecins spécialistes

Comme le PC 103 vu précédemment « Consultation infirmière de suivi des receveurs de foie, de foie-rein et des donneurs vivants avant et après transplantation, par un infirmier coordinateur de greffe et de transplantation, en lieu et place du médecin »

- 1- *La fonction de ce protocole soumis à notre appréciation, alors qu'il est déjà accepté par l'ARS et la HAS, correspond à sa généralisation dans nombre de structures équivalentes de notre pays*
- 2- *Nous sommes stupéfaits par l'investissement médical temps et humain déployé pour former les Infirmières Diplômées d'État dans une spécialité qui n'est pas la leur plutôt que de former les médecins traitants des patients qui l'accepteraient : ils connaissent le patient, ont établi une relation avec lui et ont une approche globale de ce patient*
-par exemple dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC).
- 3- *Comparativement, quel temps de formation est consacré aux Étudiants en Médecine en stage dans le service ?*
- 4- Pour ces patients, un relevé précis de multiples paramètres doit être réalisé lors des 20 consultations de la première année : le médecin qui assumera la consultation aura besoin d'en prendre connaissance.

Pourquoi ce rôle ne serait-il pas dévolu à l'Étudiant en Médecine, en stage dans le service, sous la responsabilité des internes ? Cette responsabilité permettrait à l'étudiant de

comprendre la complexité des problèmes à traiter, et peut-être de développer un intérêt pour la prise en charge de ces patients complexes.

La question essentielle soulevée par ce protocole, comme pour le PC 103 « Consultation infirmière de suivi des receveurs de foie, de foie-rein et des donneurs vivants avant et après transplantation, par un infirmier coordinateur de greffe et de transplantation, en lieu et place du médecin », **consiste en celle de l'articulation Ville-Hôpital-Ville** intégrant le médecin traitant et le spécialiste libéral dans la boucle des correspondances, et dans celle des consultations à prévoir ultérieurement afin d'assurer une prise en charge du patient, ne se limitant pas au côté technique mais dans sa « globalité »

*5- Pourquoi ne pas proposer à des médecins spécialistes de médecine générale de se former au Diplôme Inter Universitaire de Transplantation (Diplôme créé pour les médecins et non pour les Infirmiers Diplômés d'État) ?
Ils pourraient venir assurer, en alternance avec le néphrologue, les consultations de ces patients.*

En conclusion : La relation Ville-Hôpital est-elle si défaillante qu'elle pousse cette dernière structure à déléguer la compétence d'actes médicaux de suivi à des professionnels de santé paramédicaux plutôt qu'à des médecins spécialistes de médecine générale de ville par exemple ?

Les formes sont à créer ou recréer (comme le sont les délégations de tâches) : nous proposerons deux exemples.

Pour les consultations de la première année dans le Service de Transplantation-Néphrologie, la formation au DIU de Transplantation de médecins spécialistes de médecine générale venant travailler à temps complet en service de Néphrologie, ou bien à temps partiel à côté de leurs consultations de médecine générale libérale, la multiplicité des formes d'exercice et de travail, étant stimulant.

Par la suite la qualité de la coordination Ville-Hôpital-Ville doit permettre ce suivi en alternance avec les médecins libéraux (facilitée par les messageries sécurisées ...) pour une qualité de prise en charge « humaine » du patient

L'organisation des cabinets médicaux libéraux au sein de CPTS en lien avec les Groupements Hospitaliers de Territoire est le lieu de construction privilégié de cette coordination

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*

