

Projets de protocoles de coopération sanitaire (PCS) dans le domaine respiratoire

Marik Fetouh¹, Pierre Grandet², Didier Zellner²

⁽¹⁾ Réseau Respiratoire Aquitaine

⁽²⁾ Secteur de rééducation – CHU (Bordeaux)

1. Contexte

Depuis l'adoption de la **loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)**, le code de la santé publique à son article L. 4011-1 prévoit que par dérogation à plusieurs articles du code de la santé publique, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération, sous la forme de protocoles, ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Le modèle à utiliser pour établir de tels protocoles a été publié au Journal officiel.

Les professionnels de santé, intéressés par ces protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3 du code de la santé publique, ne peuvent intervenir que dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience. L'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé, publié au Journal officiel du 15 janvier 2010, donne le modèle de ce type de protocoles.

Déjà les rapports de 2001 et de 2003 du professeur Berland sur la démographie des professions de santé et sur les transferts de tâches montraient la nécessité de développer les coopérations entre les professionnels de santé pour mieux faire face aux défis démographiques, que doit relever le système de santé.

L'article 51 de la loi HPST, complétée par l'arrêté du 31 décembre 2009, définissent comme suit : les conditions de faisabilité administrative de la mise en place de protocole de coopération sanitaire (PCS) :

« par dérogation aux conditions légales d'exercice, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient ».

Jusque-là, c'était la notion de "compétences" qui prévalait : un professionnel de santé qui réalisait un acte attaché à une autre profession de santé prenait le risque de se voir condamné, même s'il réalisait cet acte sous la responsabilité d'une personne légalement autorisée à l'exécuter.

Cette notion ne disparaît pas, mais elle ne représente plus une limite à la réalisation d'actes de soins réservés à certaines professions.

Le pudique « transfert de tâches » évoqué par certains pour ne pas choquer n'est rien d'autre qu'un transfert d'actes médicaux ou paramédicaux. Certes, chacun ne peut intervenir que dans les limites de ses connaissances et de son expérience et les accords entre professionnels de santé devront, dans certains cas, s'accompagner d'un volet formation, mais il n'y a là rien d'insurmontable. L'obligation de mettre en adéquation son contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle, prévue par la loi, ne devrait pas non plus poser un réel problème, à condition de régler une prime plus élevée pour celui qui va se voir confier de nouvelles responsabilités et donc de nouveaux risques de sinistres.

Autre élément intéressant : la loi a prévu qu'un protocole ayant fait ses preuves dans une région puisse être secondairement généralisé à l'ensemble du territoire national, sans préciser la durée au bout de laquelle le protocole serait évalué. Pour le conseiller médical de la HAS, ce délai serait au minimum d'un an.

Pour ce qui est de l'avis conforme donné par la HAS, elle entend continuer à privilégier la qualité avec l'aide des collèges professionnels, qui réunissent à parité hospitaliers et libéraux, pour valider ou non les projets de coopérations. Il a été aussi question des unions professionnelles régionales pour donner un avis sur les protocoles avant qu'ils ne soient acceptés, mais pas des sociétés savantes, des syndicats ou du conseil de l'ordre des professions qui en disposent.

La formation doit évoluer, elle aussi, à un rythme plus soutenu et le passage à une filière du type LMD (licence, master, doctorat) au sein d'universités de santé pour tous les professionnels de santé doit être accéléré, avec même une première année santé commune à toutes ces professions, en élargissant ainsi la première année de santé. Le développement professionnel continu doit aussi prendre en compte les protocoles de coopération afin de s'adapter aux nouvelles opportunités ainsi créées

Ce type de projet a plusieurs avantages :

- valorisation de la profession et reconnaissance de champs de pratique avancée,
- création de « spécialités » en lien avec le Master 2,

- protection (et reconnaissance) des professionnels qui pratiquent des actes hors décret de compétence ou hors prescription,
- optimisation de l'organisation des soins (temps médical utilisé pour les cas le nécessitant réellement).

2. Les enjeux

Ces nouvelles collaborations sont de nature à améliorer le parcours de soins du patient, la sécurité et la qualité des soins, par l'adaptation des pratiques aux évolutions des prises en charge. Les évaluations des expérimentations menées depuis 2003 l'avaient bien montré.

Pour les médecins, les coopérations peuvent contribuer à améliorer les conditions d'exercice, en développant par exemple l'exercice pluri-professionnel (l'exercice médical pâtit du caractère individuel et isolé des conditions d'exercice) et leur permettre de privilégier les activités purement médicales. Elles peuvent être aussi un des éléments de réponse aux problèmes de démographie et d'optimisation du temps médical.

Pour les autres professions de santé, les coopérations offrent des possibilités en termes d'attractivité des professions, d'évolution et de perspectives de carrière autres que les seuls postes d'encadrement, par l'accroissement des missions et la reconnaissance de l'évolution des compétences par exemple. Il y a nécessité de s'interroger sur les métiers actuels pour anticiper les compétences par rapport aux besoins de santé, pour faciliter des passerelles entre différentes professions, pour préparer à des cheminements de carrière (emplois utiles et variés), pour mettre de la cohérence entre les métiers /emplois /formation.

3. Thèmes retenus pour les PCS

PCS en ville et à l'hôpital :

Auto-prescription des soins de kinésithérapie respiratoire pour les nourrissons souffrant de bronchopathies

Aspirations naso-bronchiques et naso-trachéales par le kinésithérapeute

Evaluation des besoins, initiation et gestion de la ventilation non invasive du patient insuffisant respiratoire chronique (IRC) par le kinésithérapeute

PCS à l'hôpital exclusivement :

Extubation par le kinésithérapeute et auto-prescription de la kinésithérapie respiratoire au cours de l'acte

3.1. Auto-prescription des soins de kinésithérapie respiratoire pour les nourrissons souffrant de bronchopathies

3.1.1. Opportunité

Les bronchopathies aiguës dyspnéisantes saisonnières touchent 30 % des nourrissons chaque année. Leur prise en charge repose sur des mesures hygiéno-diététiques et sur une kinésithérapie respiratoire (conférence de consensus ANAES de 2000). En Aquitaine, 20 000 nourrissons sont concernés chaque année. Le pic épidémique se surperposant avec ceux de la gastro-entérite et de la grippe, les médecins de ville (pédiatres et généralistes) sont saturés et les délais de consultations sont fortement rallongés, ce qui peut conduire les familles à s'adresser directement aux urgences hospitalières. L'accès direct aux kinésithérapeutes pour les familles permettrait de réguler la demande de soins en orientant les nourrissons en fonction de leur état clinique, et de prodiguer des soins au plus vite.

3.1.2. Définition de l'acte délégué

Lorsqu'un enfant sera hospitalisé ou se présentera dans un cabinet de kinésithérapie en ville pour encombrement aigu, le kinésithérapeute réalisera un bilan diagnostic kinésithérapique dans le but d'évaluer le besoin et la faisabilité de la kinésithérapie de désencombrement. En particulier, il devra déterminer :

- si l'enfant ne présente pas de critère d'hospitalisation (en ville),
- si l'enfant ne présente pas de critère de consultation médicale (en ville et à l'hôpital),
- si l'enfant a besoin de kinésithérapie respiratoire (en ville et à l'hôpital),
- si l'enfant tolère la kinésithérapie respiratoire (en ville et à l'hôpital).

Si ces quatre critères sont réunis, le kinésithérapeute pourra alors prescrire 6 séances de kinésithérapie (maximum), sous réserve qu'il ait une expérience de 3 ans en réseau et validé une formation adaptée pour les libéraux, et une expérience de 12 mois en pédiatrie pour les salariés.

Le délégant est un médecin coordonnateur du protocole (un pour la ville et un pour l'hôpital) et le délégué le kinésithérapeute effectuant les soins.

3.2. Aspirations naso-bronchiques et naso-trachéales par le kinésithérapeute

3.2.1. Opportunité

Dans les unités de soins hospitalières, les médecins demandent aux kinésithérapeutes de prendre en charge, de façon autonome, les encombrements pulmonaires avec un seul objectif : une amélioration de l'état respiratoire du patient.

Lorsque les techniques classiques manuelles de désencombrement bronchique atteignent leur limite (patient trop fatigable, atteinte cognitive, etc.), il peut alors être nécessaire de pratiquer une aspiration naso-trachéale et/ou naso-bronchique afin de parvenir au maintien de la liberté et de la perméabilité des voies aériennes.

Ce geste est médical, car selon le décret de compétence des masseurs-kinésithérapeutes, il ne leur est pas possible de faire une aspiration trachéale ou bronchique, en l'absence de trachéotomie.

Pourtant, l'aspiration est couramment réalisée par les kinésithérapeutes, après accord du médecin, lorsque celui-ci n'a pas d'autres choix pour désencombrer efficacement le patient. En effet, le kinésithérapeute étant déjà présent auprès du patient pour le désencombrer, l'aspiration est intégrée au soin de désencombrement, et évite ainsi au médecin de réaliser un acte supplémentaire.

3.3.2. Définition de l'acte délégué

Réalisation d'aspirations naso-trachéale et naso-bronchique par le kinésithérapeute justifiant d'une expérience de 6 mois en réanimation ou soins intensifs, en délégation du médecin.

3.3. Evaluation des besoins, initiation et gestion de la ventilation non invasive du patient insuffisant respiratoire chronique (IRC) par le kinésithérapeute

3.3.1. Opportunité

La mise en place de ventilation non invasive (VNI) est prescrite par des médecins (pneumologues, réanimateurs, chirurgiens thoraciques..). L'appareillage de ce type de patients fait apparaître de manière régulière des problématiques sur : le choix du dispositif qui peut se révéler mal adapté au patient, le réglage des paramètres régulièrement absents ou insuffisamment optimisés, l'interface, notamment le masque, qui peut se révéler inadaptée.

Aussi, la VNI nécessite une adaptation matérielle et/ou des paramètres de ventilation, faute de quoi elle est mal supportée et peut donc être rejetée par le patient. Cette adaptation peut se faire en milieu hospitalier ou au domicile du malade : au niveau hospitalier, elle est le plus souvent déléguée par les médecins prescripteurs aux kinésithérapeutes du service, au domicile, elle est le plus souvent gérée par des professionnels qui n'ont pas de formation dans le champ sanitaire (technicien des prestataires de services).

De plus, la mise en place d'une VNI nécessite une éducation du patient afin d'améliorer la compliance au traitement, qui peut présenter un certain inconfort à sa mise en place.

3.3.2. Définition de l'acte délégué

L'acte délégué est, dans le cadre d'une prescription médicale de ventilation non-invasive pour un patient IRC, la possibilité pour le kinésithérapeute :

- d'évaluer les besoins en VNI,
- de définir le matériel le plus adapté (ventilateur et interface),
- de définir les paramètres de ventilation.

Le délégant est le médecin spécialiste et le délégué le kinésithérapeute justifiant d'une expérience de 3 ans dans un service de réanimation et/ou d'une formation universitaire dans ce domaine (DU).

3.4. Extubation par le kinésithérapeute et auto-prescription de la kinésithérapie respiratoire au cours de l'acte

3.4.1. Opportunité

Dans les services de soins intensifs et de réanimation, il est assez fréquent que l'acte d'extubation soit délégué, par les médecins, aux kinésithérapeutes. En effet, la majeure partie des échecs d'extubation est liée à une détresse respiratoire causée par un sur encombrement bronchique.

Or, un des rôles essentiels du kinésithérapeute est le recueil d'informations sur l'état respiratoire du patient (encombrement, évaluation de la force des muscles respiratoires, fatigabilité...). Il est le seul soignant habilité et compétent pour effectuer des manœuvres de drainage bronchique de désencombrement du patient. Il peut ainsi garantir la liberté des voies aériennes inférieures avant et après l'ablation de l'endoprothèse respiratoire, à même de maximiser la réussite de l'extubation.

La réalisation de l'extubation par le kinésithérapeute permet de faire gagner du temps médical, car il est déjà mobilisé pour les soins pré et post extubation.

3.4.2. Définition de l'acte délégué

Dans le cadre d'une extubation réalisée sur prescription médicale, le kinésithérapeute définit l'indication et autoprescrit la kinésithérapie respiratoire. Il y a donc deux actes délégués par le médecin spécialiste au kinésithérapeute :

- la réalisation de l'extubation (prescrite par le médecin),
- la prescription de kinésithérapie respiratoire

Le délégant est le médecin spécialiste hospitalier et le délégué le kinésithérapeute exerçant en réanimation ou en soins intensifs et qui devra justifier d'une expérience de 3 ans en service de réanimation et de la validation d'une formation complémentaire.

Sources et liens utiles

- [Le site santé du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé "Coopération entre professionnels de santé"](#)
- [HAS "Protocole de coopération entre professionnels de santé : mode d'emploi"](#)
- [HAS "à savoir avant d'entrer dans une démarche de coopération"](#)
- [HAS "protocole de coopération entre professionnels de santé : modèle type"](#)
- [Droit-médical "des précisions sur la coopération entre professionnels de santé et ses protocoles"](#)