

Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) multisites Pôle Santé les Allymes Plaine de l'Ain – AMBERIEU en BUGEY

Version n° V - α

Etablie en date du : 27/05/2015

<http://www.pole-sante-des-allymes.fr/>

Statut juridique	SISA
N° FINESS (attribués par l'ARS)	01 000 947 0
N° SIRET	790 069 306 00013
Coordonnées de la MSP/ centre de santé <i>(bâtiment socle siège de la structure juridique si MSP mul- tisites)</i>	Groupe Médical des Allymes Rue Pr. Cabrol – ZA En Pragnat Nord 01500 AMBERIEU en BUGEY 04 74 37 30 30 polesantedesallymes@gmail.com
Date d'ouverture (MM/AAAA) <i>(si projet immobilier en cours)</i>	06/10/2009
Personne contact <i>(nom, prénom, profession, télé- phone, courriel)</i>	Olivier BELEY et Pierre GENOT 04 74 37 30 30 polesantedesallymes@gmail.com
Représentant de la structure	Olivier BELEY et Pierre GENOT
Identité et statut du gestionnaire et des responsables pour un centre de santé	Statut du gestionnaire : Adresse postale du gestionnaire : Nom du responsable de l'organisme gestionnaire :

Projet de demander l'adhésion aux **nouveaux modes de rémunération** (règlement arbitral du 23/02/2015) ? **OUI**

1. DIAGNOSTIC PRÉALABLE

1.1. Le diagnostic préalable des besoins

La démographie médicale du département de l'Ain est l'une des plus basses de France avec 95 médecins / 100 000 habitants (Ordre des Médecins). Celle du canton d'Ambérieu est encore plus basse avec 6.8 médecins / 10 000 habitants (Cartographie Conseil Général – MSA 01 de 2007) soit 1 médecin pour 1500 habitants (taux encore réduit par le départ de 3 confrères du secteur depuis cette cartographie)

La cartographie ARS 2013 comptabilise 23 MG sur la ville d'Ambérieu en Bugey.

- 12 MG ont un exercice de médecine générale exclusive
- 11 MG ont un exercice spécifique : 1 MEP, 1 angiologue et 9 praticiens au service des urgences de la CMA.

L'activité moyenne des médecins du pôle selon le RIAP 2015 est la suivante :

MEDECIN	OB	CE	MG	MGE	PG	DI	AL	FV
ACTIVITE (C+V) =A	2754	4027	4299	3078	3563	2657	2716	2805
T= Tx de RETOUCHE	1.95	2.38	2.59	1.90	1.91	2.04	3.16	2.31
% CMU	6.91	6.70	5.78	10.36	12.41	4.93	3.09	4.71
% > 70 ans	9.81	13.9	17.27	4.86	6.21	9.22	20.08	9.83
Patients MT (A/T)	1412	1692	1632	1620	1865	1302	859	1214

Soit **11 596 patients suivis** par les praticiens du pôle.

NB : Ce chiffre est très différent de ceux fournis par la CPAM sur la patientèle médecin traitant. Il est toutefois conforme aux données de la démographie, à l'attractivité des MG du secteur (> 60% selon la cartographie ARS), aux activités fiscales déclarées par les PS ainsi qu'aux données du SI (calculées à partir des populations prises en compte pour les ROSP).

L'offre de soins spécialisée territoriale est représentée par les deux pôles hospitaliers d'Ambérieu en Bugey (Clinique médico-chirurgicale offrant des services spécialisés en radiologie, chirurgie viscérale, vasculaire et orthopédique, gynécologie-obstétrique, gastro-entérologie et gériatrie + HAD et service d'accueil des urgences) et de Bourg en Bresse à 30 km au nord (Clinique médico-chirurgicale et Centre Hospitalier Général).

Une antenne du SMUR est active à Ambérieu en Bugey.

L'offre spécialisée de second recours est représentée par 4 ORL, 3 OPH, 3 cardiologues, 1 dermatologue, 1 pneumologue et 1 endocrinologue.

Le secteur dispose d'une antenne du CMP (adulte et enfant), d'1 SSIAD, 2 EPAHD et de dispositifs médico-sociaux divers (PMI et planning familial, CAMPS, CLIC, SPIP) dont les liens avec le secteur ambulatoire de soins primaires sont formalisés à divers degrés.

Par ailleurs, les équipes mobiles de soins palliatifs, gériatrie et géronto-psychiatrie de Bourg en Bresse ou l'HAD du Centre Léon Bérard interviennent sur le secteur)

Pour les médecins généralistes, Ambérieu en Bugey est considérée en zone de vigilance sur la cartographie ARS du SROS, en zone médicalement fragilisée selon l'analyse de la démographie et de la consommation médicale publiée par la MSA et le Conseil Général de l'Ain en 2008.

Les communes limitrophes (Ambronay, Douvres, Château Gaillard, St Denis en Bugey) sont considérées comme "zones fragiles" sur les diverses cartographies disponibles (URPS, MSA-Conseil Général). La mise à jour de ces cartographies, avec le départ de plusieurs médecins généralistes des communes du secteur (Ambérieu en Bugey, St Denis en Bugey, Château Gaillard) ne fera que renforcer cet aspect de déficit démographique pour un bassin de population de 20 000 habitants en expansion (+300 nouveaux permis de construire / an sur la commune d'Ambérieu en Bugey depuis 4 ans soit + 700 habitants / an – données mairie d'Ambérieu 2015) avec des zones de grande précarité socio-économique. Depuis 2015, la ville d'Ambérieu en Bugey a ainsi été admise au bénéfice du contrat de ville prioritaire.

Pour les autres professionnels de santé, la cartographie SROS est la suivante

- pour les IDE : zone intermédiaire avec 1 commune en zone sous dotée (Leyment)
- pour les kinésithérapeutes et les dentistes : zone intermédiaire

Territoire couvert par le pôle de santé :

Sont concernés tous les assurés sociaux pris en charge par chacun des médecins généralistes faisant partie du pôle. Il est possible de définir une cible géographique par notion de proximité. Il s'agit d'un vaste secteur couvrant la majeure partie du canton d'Ambérieu en Bugey.

Les communes suivantes sont couvertes en totalité: Ambérieu en Bugey (13 839* - 12 MG), Bettant (731h*), Château Gaillard (1.830*), Douvres (983h*), St Denis en Bugey (2154h* - 1 médecin), St Maurice de Rémens (714*), Leyment (1 265*h) et Ambutrix (734*h). Des flux de populations se font avec les communes suivantes: Ambronay (2.365 h* - 2 médecins), St Jean le Vieux (1.606 h* - 1 médecin), Lagnieu (6 785h* - 4 MG), St Rambert en Bugey (2191h* - 2 médecins), Torcieu (694h*), Tenay (1103h* - 2 médecins) et Vaux en Bugey (1184h*)

L'arrêt d'activité de 8 médecins sur le canton d'Ambérieu entre 2004 et 2014 (7 départs et 1 décès) n'est pas compensé par l'installation de 2 jeunes praticiens sur le pôle en 2012 et accentue la pression démographique (*source INSEE 2006)

1.2. Les modalités de réalisation du diagnostic au regard de la population

Ces modalités ont été décrites en 2008 avant la publication du PRS et du SROS volet ambulatoire. Leur pertinence reste toutefois entière malgré la relative ancienneté de certaines études..

L'étude publiée en 2004 par Fantino et col. dans la revue « Santé Publique » sur la région Rhône-Alpes confirme les résultats discordants entre l'efficacité objective des prises en charge préventives par le médecin généraliste et le sentiment d'efficacité de cette prise en charge ressenti par ceux-ci dans les domaines aussi variés que la couverture vaccinale, la prescription d'actes de dépistage, l'abord des problèmes d'addiction alcool - tabagique ou les pratiques préventives chez la personne âgée.

Cette étude démontre que ces actes de prévention nécessitent l'appropriation des protocoles et des recommandations par les praticiens mais relève surtout que le paiement à l'acte est totalement inapproprié pour les missions de santé publique et de prévention.

Les résultats de l'enquête menée en 2004 par l'ORS sur les pratiques préventives nutritionnelles des médecins généralistes en Rhône-Alpes démontre l'inadéquation entre les pratiques déclarées par les professionnels et les résultats objectifs tant en terme d'appropriation des recommandations (43% seulement connaissent le PNNS) que de pratique (par exemple seul 10% des médecins déclarent utiliser souvent les guides de recommandation et très peu d'entre eux calculent systématiquement l'indice de masse corporelle des enfants suivis) et il ressort qu'un des freins majeurs à une prise en charge de qualité est l'absence de temps disponible (en terme de formation notamment) et de financement spécifique pour ces actions de prévention. Là encore, le paiement à l'acte semble non seulement inopérant mais vraisemblablement en partie générateur de la qualité médiocre de la prise en charge par les médecins généralistes

Pour le cancer du sein, le taux de dépistage de la zone géographique visée dans le présent projet est nettement inférieur (autour de 50 %) à l'objectif escompté pour observer une diminution de la mortalité. On peut penser que ce résultat sera similaire pour le dépistage de masse organisé du cancer colorectal qui vient d'être mis en place sur le département. Le relais des campagnes collectives de dépistage par des contacts individualisés organisé par les médecins traitants semble être une alternative prometteuse susceptible de modifier en profondeur ces données.

Concernant les patients diabétiques, plusieurs études ont montré que le taux de patients pris en charge selon les recommandations de l'HAS est très inférieur aux objectifs attendus: Si on espère par exemple que 80 % des patients diabétiques ont bénéficié de trois examens d'HbA1C dans les douze derniers mois, le taux constaté est plus proche de 40 %, soit que la pratique médicale n'a pas totalement intégré les recommandations, soit – et c'est aussi cela qui est visé dans le présent programme – que les patients ne sont

pas complètement observant des examens qui leur sont recommandés de réaliser, ou encore que les résultats de ces examens ne sont pas systématiquement intégrés dans le dossier médical.

Au-delà de 65 ans, les maladies cardio-vasculaires représentent 35 % des causes de décès, 16 % des hospitalisations, 41 % des admissions en ALD. 71 % des causes de morbidité déclarée étaient liées à une maladie cardio-vasculaire.

Le montant des remboursements des médicaments à visée cardio-vasculaire était de 3,9 milliards d'euros en 2002 (montant présenté au remboursement pour le régime général de l'assurance maladie, hors sections locales mutualistes), ce qui correspondait à 25 % des dépenses de santé et 17 % de la totalité des médicaments prescrits. Or, on estime que 80 % des déterminants de santé sont "extérieurs" au système de soins. Parmi eux, on relève notamment les facteurs de risque des pathologies cardio-vasculaire (Conférence régionale de santé – 2005) ainsi l'étude PREMIER a montré que les conseils hygiéno-diététiques expliqués au cours d'entretiens individuels spécifiques réduisaient de manière significative la prévalence de l'hypertension.

Cette analyse de besoin est confortée dans les rapports ou les études auxquelles on pourrait se référer pour un approfondissement, notamment :

* Médecins Généralistes et politique nutritionnelle. Etude URCAM réalisée par l'Observatoire Régional de Santé. Février 2004.

* Pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes. Fantino et Col. CAIRN. Santé Publique. 2004/3 N°43

* Panorama de la santé en Rhône-Alpes. Document préparatoire au Plan Régional de Santé Publique, DRASS-RA, janvier 2005

* Etat des lieux épidémiologiques du cancer en Rhône-Alpes. Observatoire Régional de la santé Rhône-Alpes, mai 2004

* Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidences, affections de longue durée, hospitalisation. Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la santé, juin 2005

* Le dépistage du cancer du sein en médecine libérale. Enquête auprès des généralistes et des gynécologues de Rhône-Alpes. Volet 2. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes, 2003

* Séjours pour pathologie cardio-vasculaire dans les établissements de Rhône-Alpes durant le 1^{er} trimestre 2004. DRASS Rhône-Alpes, 2004

* Diagnostic local de santé sur le territoire du Bugey (Ain). Observatoire Régional de Santé Rhône-Alpes, CRAES-CRIPS, 2004

Ce diagnostic mettait notamment en évidence que les indicateurs de santé de ce territoire étaient parmi les moins bons de la région et moins bons que certains territoires socialement plus défavorisés.

La démographie médicale y diminue, on note une surmortalité globale quel que soit l'âge et le sexe, surmortalité qui intéresse tant la mortalité générale que la mortalité prématurée et la mortalité des personnes de + de 65 ans pour certains cantons. Il semble y avoir une surmortalité prématurée tant pour les femmes que pour les hommes par rapport à la région Rhône-Alpes, notamment pour les décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire.

Enfin, l'indice ALD du Bugey est supérieur à celui de l'Ain.

1.3. Les missions et activités de la structure

Les professionnels du pôle ont estimé leurs besoins en termes de structure, de formation professionnelle et de coordination.

L'objectif principal est de développer une stratégie de soins de santé primaire pour obtenir qualité, équité et pertinence des services de santé pour un meilleur coût-efficacité.

Il s'agit ainsi, collecter les données biomédicales des populations suivies par les divers professionnels de santé de soins primaires du secteur au sein d'un même réseau informatique et dossier médical ; proposer aux patients concernés une possibilité d'accès à leur dossier médical quel que soit le professionnel de santé consulté ; optimiser les soins médicaux et infirmiers par une meilleure coordination des acteurs sanitaires locaux autour du patient et permettant une prise en charge globale de la santé ; promouvoir des actions de santé publique individuelles et collectives et organiser des actions d'éducation des patients atteints de certaines pathologies et établir des protocoles communs de prise en charge entre médecins et infirmiers afin d'optimiser le suivi et la surveillance de certaines pathologies.

Il faut donc décliner les objectifs suivants :

- Etablir pour chaque patient suivi par un professionnel de santé libéral de 1^{er} recours sur le secteur, un dossier médical informatique commun.
- Collecter, pour chaque patient, des données biomédicales et médico-sociales actualisées.

- Identifier les patients nécessitant un suivi particulier et nécessitant un resserrement de la coordination entre professionnels de santé.
- Assurer la coordination entre ces professionnels et les structures publiques ou privées de permanence des soins et d'hospitalisation.
- Permettre une articulation complète avec les médecins en charge de la permanence de soin sur le secteur en permettant l'accès au dossier médical des patients qui l'autorisent par l'intermédiaire du réseau informatique commun aux praticiens libéraux et à la MMG locale.
- Mettre à disposition des médecins hospitaliers participant au réseau Vill'Hop'Ain les données biomédicales et sociales des patients hospitalisés.
- Améliorer la prise en charge globale des patients du secteur par la mise en commun des informations recueillies par les professionnels de santé de soins primaires au sein d'une même base de données informatisée et accessible en temps réel.
- Améliorer la surveillance et la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques et maintenus à leur domicile afin d'adapter au mieux les besoins médico-sociaux de la prise en charge;
- Améliorer les pratiques des acteurs de soins par la mise en place et l'utilisation de protocoles de soins et d'intervention évaluables
- Améliorer l'information délivrée aux usagers pour ce qui relève des protocoles mis en place autour des actions menées
- Organiser et coordonner la prise en charge multidisciplinaire des patients du secteur par les différents professionnels de santé de soins primaires.
- Renforcer la coordination entre kinésithérapeutes; infirmiers libéraux ; pharmaciens d'officine et médecins généralistes sur des problématiques de santé identifiées par les professionnels du secteur
- Mettre en place, promouvoir et organiser tout moyen humain et matériel permettant une coordination renforcée pour une meilleure prise en charge des patients du secteur
- Participer à la formation des différents professionnels dans le but entre autres d'optimiser la coordination des soins autour du patient .

L'action est de nature transversale, concerne plusieurs déterminants de santé et pathologies.

Elle prévoit par ailleurs pour les professionnels de santé :

- De s'engager dans une démarche qualité individuelle et collective.
- D'imaginer de nouveaux modes d'exercice de la Médecine Générale et des soins primaires.
- De respecter le cadre conventionnel et l'accès aux soins
- De faciliter la formation des étudiants professionnels de santé du 1er recours.
- De créer une complémentarité d'exercice entre professions de santé.

2. PROJET PROFESSIONNEL

2.1. Structuration juridique / gouvernance et Implantation géographique

Le regroupement des professionnels s'est effectué sous forme de pôle de santé (PSP) multisite

A Ambérieu en Bugey, les cabinets médicaux, infirmiers et de kinésithérapeutes avaient déjà effectué la mutualisation des moyens rendue indispensable par la contrainte démographique.

Il existe par ailleurs 5 pharmacies sur le secteur.

Le nombre de professionnels de santé de soins primaires en activité sur le canton est supérieur à 50.

Dans ce contexte, le regroupement au sein d'une structure unique de type MSP n'était pas envisageable et pour maintenir des relations confiantes et efficaces, la coordination extra-muros a été privilégiée avec la constitution d'un PSP.

Ce PSP a été créé en octobre 2009, adossé au Groupe Médical des Allymes constitué depuis avril 2008 et les professionnels sont réunis au sein de l'APPSPPA (du 06 octobre 2009 au 31/12/2012) puis de l'APSS-PAPA (depuis le 01/01/2013), association de type loi 1901 qui en assure la gouvernance sans obligation déclarative légale.

Depuis le 31/12/ 2012, le PSP est constitué au sein d'une SISA dénommée « Pôle de Santé les Allymes – Plaine de l'Ain » enregistré au greffe du tribunal de commerce de Bourg en Bresse

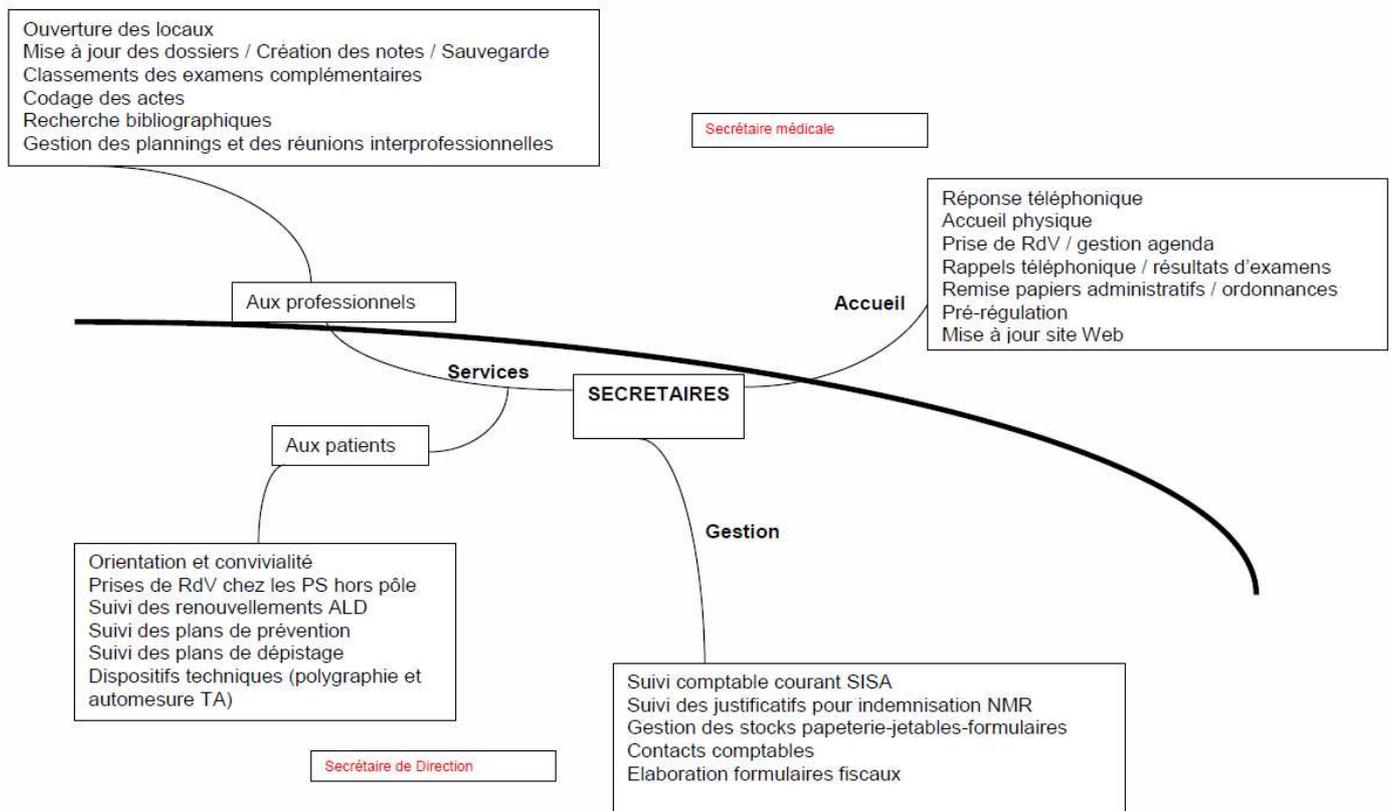
2.2. Le management de la structure

Sont associés de la SISA Pôle Santé les Allymes Plaine de l'Ain au 01/01/2015 et signataires du projet de santé les professionnels de santé suivants (temps plein professionnel) :

NOM PRENOM	PROFESSION
BELEY Olivier	MG
ERRARD Claude	MG
GADOT Michel	MG
GEESEN Maud	MG
GENOT Pierre	MG
IOSTI Daniel	MG
LHENRY Anne	MG
VOLLERIN Fabienne	MG
GIBRAT-STOLL Marie Estelle	Sage-Femme
BRUNET Véronique	IDE
BUFFARD LYAUDET Nathalie	IDE
CHAMORRO Isabelle	IDE
CHEVRIER Christelle	IDE
DI BENEDETTO Carole	IDE
GIVORD Soria	IDE
MORENO Sylvia	IDE
PELLISSARD Marylène	IDE
PIZZOCCARO Véronique	IDE
GUSTIN Jean Jacques	PO
ORSET Christine	PO
PASQUALINI Anne Françoise	PO
PASQUALINI Mélanie	PO
VOLLENWEIDER Patrice	PO
COUARD Christophe	MK
COUARD David	MK
GRIOT Gérald	MK
GUILLOT Thierry	MK
GUINOISEAU Cyril	MK
KNIPILER Julie	MK
MAYOT Elsa	MK
PARET Julie	MK
PELLUET Marc	MK
PREMEL David	podologue
ROLLAND Nathalie	podologue
DEVRIEUX Nathalie	orthophoniste
FLOQUET Gabrielle	orthophoniste
ISMAN Corinne	orthophoniste
DRUON Marie	Diététicienne

- Le choix thématique et la coordination des projets et travaux du pôle sont assurés par une équipe de 6 membres élus pour 2 ans par les associés ou « Conseil d'Administration » :
 - Mme Carole DI BENEDETTO (IDE),
 - Mr Michel GADOT (MG),
 - Mme Maud GEESEN (MG),
 - Mme Mélanie PASQUALINI (PO),
 - Mr Marc PELLUET (MKDE),
 - Mr David PREMEL (podologue).
- La gérance administrative et logistique du pôle est assurée par 2 membres associés élus pour 4 ans :

- Mr Olivier BELEY (coordinateur)
- Mr Pierre GENOT (coordinateur),
- 3 comités de pilotage (COPIL) rassemblant des professionnels volontaires du pôle sont mis en place et travaillent sous la direction et la surveillance du Conseil d'Administration sur les aspects suivants:
 - COPIL Coordination sur cas complexes
 - COPIL Protocoles
 - COPIL Système d'information partagé (SI),
- La coordination administrative, gestion des plannings et suivi des audits d'activité est assuré par 3 des secrétaires médicales en poste sur la structure du groupe médical des Allymes regroupant 8 MG du pôle.
 - Madame Aymée GAUDIN – référente protocoles et coordination cas complexes
 - Madame Stéphanie JOBEZ – référente prévention et dépistage
 - Madame Nathalie PINORI – référente audit et SI
- Le pôle étant une MSP « hors les murs » chaque structure professionnelle dispose par ailleurs de son propre mode d'organisation interne et de son personnel d'accueil.



Des fonctions supports sont également assurées par des prestataires externes:

- Maintenance télécommunication
- Maintenance informatique
- Maintenance matériels et télédiagnostic (ECG et polygraphie nocturne)
- Expertise comptable
- Entretien intérieur et extérieur

Les projets de protocoles et de travaux interprofessionnels sont élaborés par le conseil d'administration et proposés annuellement au vote des associés et adhérents lors de l'assemblée générale ordinaire.

Tous les adhérents sont à équité de droits et de devoirs vis à vis de l'association.

Les fonctions supports et de secrétariat nécessaires aux missions du pôle sont centralisées sur le groupe médical des Allymes.

2.3. L'organisation de la pluri professionnalité

Réunions pluriprofessionnelles

Un espace de réunion

Une salle de réunion de 40m² (25 places) située dans les locaux du groupe médical des Allymes est mise à disposition pour les réunions des professionnels de santé du pôle.

Le calendrier

Protocoles interprofessionnels et Coordinations cas complexes

- Le calendrier des réunions de protocolisation est fixé annuellement par les co-gérants.
- Les réunions sur cas complexe s'effectuent à la demande d'un des professionnels en charge du patient et les plannings sont gérés par le secrétariat.
- Dans le cadre spécifique de l'infirmière de santé publique (IDSP), la coordination s'effectue trimestriellement pour l'organisation générale et mensuellement pour l'analyse de cas
- Pour chaque réunion, un rappel individuel par mail est adressé dans les semaines puis les 48 heures précédant la réunion.
- Les MG ont une réunion hebdomadaire d'échanges de pratiques (GEAP) chaque mardi de 13h00 à 14h30

Assemblées et administration

La réunion du CA et l'AGO sont prévus statutairement. De même en cas d'AGE.

Chaque structure juridique constituant le PSP des Allymes – Plaine de l'Ain garde par ailleurs ses modalités propres de fonctionnement et de gestion.

Une équipe administrative

Les activités de l'équipe administrative en lien avec les missions du pôle sont approuvées et votées par les MG du groupe sur proposition du CA. Sont particulièrement développées les tâches suivantes :

- codages systématiques des données en CIM10 (ATCD et motifs de consultation),
- suivi et rappel des dépistages de masse organisés;
- suivi et rappel des vaccinations de l'enfant et de l'adulte;
- audit des indicateurs paracliniques pour les patients diabétiques;
- audit des patients sous anticoagulants;
- audit des mesures tensionnelles pour les patients hypertendus;
- gestion des plannings et compte-rendu des réunions.
- organisation des rdv de spécialités secondaires ou en secteur médico-social (CLIC)
- mise en place les automesures tensionnelles, de la polygraphie de dépistage du SAS

2.4. Formalisation de la coordination des soins autour du patient-

L'Informatisation du dossier patient est complète pour tous les professionnels du PSP et la migration vers un logiciel partagé complet ASIP niveau 2 est inscrite dans le calendrier 2015-2016.

Actuellement Les 8 MG et les 2 IDSP du pôle disposent d'un SI partagé ASIP niveau 1 structuré en commun et incluant :

- Un historique des comptes rendus de consultation établis pour chaque acte réalisé sur site et pour les visites à domicile (MG et IDSP)
- Tous les antécédents et les motifs de consultation codés en CIM10
- Un plan personnalisé de prévention établi systématiquement pour chaque patient
- Une fiche de synthèse pour les pathologies chroniques établie systématiquement pour les patients dont l'état de santé le justifie.
- Une fiche de suivi spécifique du risque iatrogénique établie pour les patients sous anticoagulant mentionnant : l'indication thérapeutique, la molécule prescrite, l'objectif INR, la gestion du

traitement (patient seul ou aidé, par le médecin traitant ou par IDE selon protocole NMR), la dernière posologie connue et le résultat du dernier contrôle (médecins).

- La totalité des données biomédicales partagées en réseau par les MG et les IDSP du groupe
- La totalité des résultats paracliniques informatisés (secrétariat)
- La totalité des protocoles interdisciplinaire informatisée dans les logiciels professionnels sous forme de maquettes types (MG/IDE/PO/MKDE)
- Pour les patients suivis chroniquement à domicile, un dossier « papier » est mis à disposition **ANNEXE 2** comprenant notamment un document médical de synthèse

Protocolisation entre professionnels de différentes disciplines

Protocoles interprofessionnels **ANNEXE 3**

Les thèmes des protocoles interprofessionnels sont proposés par le CA et votés en AGO annuelle.

Le calendrier est déterminé par les coordinateurs

Les protocoles sont préparés (bibliographie et recherches documentaires, objectifs et méthodes d'animation) par l'équipe en charge de sa mise en œuvre puis rédigés en plénière selon une trame type et validés secondairement après relecture commune.

Leur diffusion est assurée par les coordinateurs.

Leur mise en place et leur appropriation sont accompagnés par un professionnel référent des disciplines concernées par le protocole.

Leur évaluation à distance est programmée au moment de la rédaction si nécessaire.

Coordination

Rencontre interprofessionnelle autour d'un cas complexe :

Objectif : définir et mettre en place des modalités pratiques de prise en charge par les différents professionnels en charge d'un patient commun.

Il s'agit de patients lourds suivis à domicile et qui posent des problèmes complexes de prise en charge.

Ces rencontres donnent systématiquement lieu à une feuille d'émargement et à un compte-rendu qui alimente le dossier médical du patient. *Exemple **ANNEXE 4***

Rencontre interprofessionnelle autour du risque iatrogénique:

Objectif : limiter le risque iatrogénique chez le sujet âgé ou polymédiqué.

Analyses conjointes de prescriptions réalisées en groupe associant MG et PO selon la trame d'analyse recommandée par l'HAS

Analyse rétrospective des prescriptions et des délivrances médicamenteuses pour en vérifier la pertinence par rapport à l'état de santé des patients tels que connu dans les logiciels des PO et des MG.

Objectifs secondaires :

Optimiser les prescriptions et les délivrances médicamenteuses selon l'état de santé du patient. Réduire les risque d'effets indésirables graves liés aux médicaments chez des patients supposés fragilisés.

Ces rencontres donnent lieu à CR qui alimente le dossier du patient et à évaluation secondaire de l'optimisation souhaitable de la prescription

GEAP médicales

Objectifs : harmoniser les pratiques médicales selon les recommandations de haut niveau de preuve.

Lecture et analyse de la littérature sur des sujets fréquents ou rares de la pratique en Médecine Générale afin d'établir des procédures communes de prises en charges selon les SOR (Standards-Options-Recommandations) les plus récents (ordonnances standardisés de prescriptions diagnostiques ou thérapeutiques)

Délégation de compétences - coopération interprofessionnelle sur les patients diabétiques et à hauts risques cardio-vasculaire selon l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009

Le groupe médical des Allymes bénéficie de 2 IDE de santé publique (IDSP) dans le cadre de l'expérimentation ASALEE. On renvoie à toutes fins utiles au dossier de financement initial.

Les premiers protocoles rédigés dans le cadre de l'article 51 par l'association ASALEE ont été validé par l'HAS en avril 2012

Formations interprofessionnelles

En l'absence de DPC interprofessionnelle, le PSP les Allymes Plaine de l'Ain a développé et financé des programmes spécifiques de formation interprofessionnelle :

- Education thérapeutique aux patients (2 jours - 2010)
- Prise en charge d'un patient douloureux aigu et chronique (2 jours - 2012)
- Plaies et cicatrisation : 3 jours - 2nd semestre 2015

Formalisation

Une bibliographie est systématiquement préparée pour les séances de protocolisation, distribuée préalablement aux participants et mise en ligne sur le site web du pôle (coordinateur).

Des rencontres préparatoires supplémentaires peuvent avoir lieu (hors calendrier) par catégorie professionnelle.

Un secrétaire de séance rédige systématiquement un C.R des séances plénières selon une trame type.

Les protocoles sont co-rédigés par les participants et informatisés par le coordinateur.

Une feuille d'émargement est complétée.

Le CR et/ou le protocole sont adressés par voie informatique à tous les PS par le coordinateur et mis en ligne sur le site web du pôle.

Pour les coordinations sur cas complexe, un CR est systématiquement rédigé selon une trame formalisée ([ANNEXE 1](#)) intégré directement dans le dossier médical et paramédical du patient.

2.5. La mise en œuvre du dispositif d'information

L'attention des agents institutionnels de l'ARS et de la CPAM est attirée sur le fait que la mise en œuvre d'un SI partagé complet entre tous les professionnels de santé du pôle est soumise au calendrier de mise à disposition de la fibre optique sur le département de l'Ain selon le prévisionnel disponible sur RESO-LIAin

Organisation mise en place afin de faciliter l'accès du patient aux informations médicales le concernant - Etat des lieux:

- Le SI partagé actuel est un SI agréé ASIP de niveau 1
- Les droits d'accès sont gérés par tous les logiciels agréés ASIP (niveau 1 et 2)
- Une migration vers un SI partagé agréé ASIP de niveau 2 est programmée dans le courant de l'exercice 2015-2016 sous réserve d'accessibilité à la fibre optique indispensable
- Le SI a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL
- Le patient est informé par voie d'affichage de l'informatisation du dossier médical et du partage de cette information par tous les médecins sauf mention expresse contraire de sa part. [ANNEXE 4](#)
- Le patient est informé individuellement du partage d'information avec l'IDSP en cas d'adhésion au dispositif ASALEE
- Le patient est informé individuellement du partage d'information avec les autres professionnels en charge des soins après accord.
- Le patient a libre accès à son dossier médical sur simple demande auprès de son médecin
- Le dossier médical est remis au patient en cas de départ

Modalités de partage des informations de santé

- Entre les professionnels exerçant dans la maison de santé :

Les 8 MG et les 2 IDSP partagent d'ores et déjà la totalité des données informatisées (depuis 2008)

Le dossier des MG est organisé en commun et son architecture homogène (cf. [ANNEXE 5. capture d'écran](#))

Le logiciel professionnel est HELLO DOC version 5.60 avec aide à la prescription (banque VIDAL expert) et au diagnostic (codage RCP de la SFMG)

Accès DMP et espace pro intégré

Les différents indicateurs de population, d'activité ou de paramètres sont extraits automatiquement ou manuellement par les secrétaires

Certains indicateurs pour les patients diabétiques et à haut risque cardio-vasculaire sont traité par le dispositif ASALEE via un logiciel spécifique actualisée en temps réel par l'IDSP et auquel les MG ont accès

Tous les protocoles et SOR sont numérisés et peuvent donner lieu à des prescriptions automatisées

Tous les CR de cas complexe sont numérisés

- **Le futur**

L'objectif du passage au SI partagé de niveau 2 est d'établir pour chaque patient suivi par un médecin traitant, un kinésithérapeute ou un infirmier libéral du secteur, un dossier médical informatique commun à tous les professionnels de santé de soins primaires. Cela nécessite la migration des divers systèmes d'information vers un logiciel unique de gestion des données biomédicales totalement interprofessionnel dont le calendrier est présenté page 13 du présent document : « Evolution du projet de santé – Années 2015 / 2016 »

- **Avec les autres acteurs du territoire – coordination externe :**

- Mise à disposition et envois systématiques des données biomédicales et sociales des patients hospitalisés (Document médical de synthèse) aux équipes hospitalières.
- transmission d'information par courrier électronique sécurisé avec quelques spécialités médicales de second recours (radiologues)
- prise en charge coordonnée avec le secteur médico-social
 - ✓ CLIC
 - ✓ EPAHD
 - ✓ SSIAD
 - ✓ SPIP
 - ✓ CADA
- Convention de prise en charge et de filière d'accès aux soins par le service de pneumologie du CHG de Fleyriat des patients à haut risque cardiovasculaire et porteur de SAHOS

2.6. Le développement professionnel continu – Démarche qualité

Formations interprofessionnelles

En l'absence de DPC interprofessionnelle, le PSP les Allymes Plaine de l'Ain a développé et financé des programmes spécifiques de formation interprofessionnelle :

- Éducation thérapeutique aux patients (2 jours 9 PS - 2010)
- Prise en charge d'un patient douloureux aigu et chronique (2 jours – 12 PS - 2012)
- Plaies et cicatrisation : 3 jours – 12 PS - 2nd semestre 2015 (avec Formation Santé)

MG

Les MG du groupe se réunissent chaque mardi de 13h00 à 14h30 pour un Groupe d'Echanges des Pratiques (GEAP) dont l'objectif est l'homogénéisation des pratiques et la mise en place de protocoles diagnostiques et thérapeutiques communs.

Ces protocoles sont systématiquement numérisés sous la forme de maquettes types dans le logiciel médical.

Ils sont régulièrement repris, commentés et mis à jour

Chaque année depuis 2009, les MG du groupe ont suivi

- le test de lecture de la Revue PRESCRIRE (lecteurs émérites depuis 2009)
- les Thématiques de la Revue PRESCRIRE (4 par an)

Depuis 2015, les MG sont abonnés à la revue de recherche en médecine générale Exercer du CNGE

Les MG valident 1 à 2 formations ODPC par an :

- 3 cycles de DPC validés avec MG FORM
- 3 cycles de DPC validés avec la SFMG, 1 nouvelle en cours en 2015
- Plusieurs cycles pédagogiques avec le DUMG Lyon 1

Deux MG sont tiers facilitateurs FemasRA

Quatre professionnels ont suivi des formations complémentaires sur le management de l'équipe de soins (ADESA – EM Lyon)

Deux professionnels ont suivi une formation complémentaire à l'ETP (UDESC)

PO

Les PO doivent satisfaire à leur obligation de DPC en suivant au moins un programme de DPC dans son intégralité par année civile. La liste des ODPD autorisés à dispenser une formation validante est accessible sur le site internet de l'OGDPC. Le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOP) est chargé du contrôle de l'obligation individuelle de DPC de tous les pharmaciens inscrits au tableau. Si l'obligation individuelle de DPC n'est pas satisfaite, le CNOP demande au pharmacien concerné les motifs du non-respect de cette obligation. Au vu des éléments de réponse communiqués, il apprécie la nécessité de mettre en place un plan annuel personnalisé de DPC et notifie le cas échéant à l'intéressé qu'il devra suivre ce plan.

Exemples de formations suivies par les PO du pôle : D.U Conseil en nutrition et micronutrition à l'officine de l'université de Bourgogne, formation sur les AVK, l'asthme, la chimiothérapie, l'homéopathie, ...

IDE

Formations conventionnelles (2 jours par an obligatoires), plusieurs IDE ont suivi les formations suivantes :

- Plaie et cicatrisation
- Douleur chronique
- Cancérologie et agrément chimiothérapie
- Maladie Alzheimer

Formation DIU ETP + Master2 de nutrition pour une des IDSP

DU plaies et cicatrisation

MKDE:

- Mc Kenzie
- Cervicalgies et Sd des Défilés
- Reed. abdo en hypopressif
- Tendinites de l'épaule
- Sd myofasciaux et triggers point
- EPU de la Clinique du Parc

Podologues

Formation DPC :

- formation à l'analyse baropodométrique de la marche en 2013
- formation " plaie et cicatrisation " en 2014

Participation à la mise en place des programmes d'évaluation de pratiques professionnelles pour Rhône-Alpes en 2014

DU podologie du sport 2013-2014 ; 2014-2015

Une des podologues est correspondante du réseau DIALOG pour la prise en charge spécifique des patients diabétiques

Sage-femme

Notre sage-femme a suivi comme formation :

- en 2013: consultations pré et post natales (3 jours medic formation)
- en 2014: accompagnement psychique de la grossesse (Ariane SECCIA 6 jours) et DU gynécologie de prévention et contraception faculté UPMC paris Sorbonne
- en 2015 : DU gynéco de prévention, sexologie, contraception faculté de BREST UBO et en projet : formation en Hypnose

Orthophoniste

Les orthophonistes ont une obligation de formation par le biais de l'organisme OGDPC (1 formation par an imposée).

Elles suivent également des formations proposées à la faculté avec, le plus souvent, une prise en charge financière mais, également, d'autres formations non indemnisées.

Les orthophonistes ont suivi les formations complémentaires suivantes :

- DNP (dynamique naturelle de la parole),
- Makaton,
- logico – mathématiques (cogit'act puis Mme Emmanuelle METRALE),
- oralité (Mme SENEZ et Mmes F. GUILLON et P. POZARD) et dysphagie,
- PEC des enfants bilingues (P. ANTHEUNIS et S. ROY)

Par ailleurs, les orthophonistes se forment tous les ans sur :

- les évolutions concernant le diagnostic et la rééducation des différents troubles pris en charge (alzheimer avec Mr DEVEVEY / autisme, mais aussi langage oral et écrit : BALE avec L. LAUNEY / « et si c'était le sens qui commandait la forme ? » BOBILLET CHAUMONT),
- la place et la rééducation des « axes émergents » : attention, fonctions exécutives....

Les orthophonistes participent également, ponctuellement :

- à la validation de test comme l' EVALO 2-6,
- à des réunions d'information sur la dyslexie (collège de Pont d'Ain) et la dyscalculie (au sein de l'APEDYS).

Programmes de formation à la prise en charge des familles (accompagnement familial avec A. BO, Hanen avec L KUNTZ).

Formation sur les interactions avec le milieu scolaire et les adaptations pédagogiques (PPRE, PPS, PAP / méthode distinctive, B. ROY)

Participation à des groupes d'analyse de la pratique et de groupe de développement personnel afin de prendre en charge nos patients de façon optimale.

Démarche qualité

Elle s'organise autour du suivi d'un certain nombre d'indicateurs :

- Suivi des indicateurs ASALEE
- Suivi des indicateurs ROSP
- Suivi des protocoles interprofessionnels : soit à titre systématique, soit sur demandes des professionnels, soit en raison de la variation inattendue d'un indicateur

Et d'audits d'activité réguliers :

- Revue de morbi-mortalité
- Procédures d'urgences
- Analyses de pratiques
- Tenue de dossier
- Objectifs de réalisation sur des items précis

2 enquêtes de satisfaction ont été menées auprès des patients du Groupe des Allymes portant notamment sur les horaires, l'organisation interne, l'accessibilité, l'accueil (2008 et 2010).

2 enquêtes de pratique sur les AVK ont été menées : connaissance par le patient de son traitement AVK, de l'indication thérapeutique, de l'objectif INR, des risques d'interactions médicamenteuses, des modalités de surveillance et des signes de surdosages (2008 et 2011)

2.7. L'accueil d'étudiant - La recherche

6 MG sont enseignants cliniciens ambulatoires (ECA) et ont accueilli et formé depuis 2009 :

- 30 externes
- 12 internes dont 4 installés dans le département de l'Ain

Les MG du groupe ont participé en 2012/2013 à l'étude InPAct

10 professionnels du PSP sont volontaires pour l'étude PRiSM qui débute en 2015

3 thèses ont été publiées sous la direction d'un des MG du pôle et 1 nouveau travail est actuellement en préparation avec l'Institut de Formation et de Recherche sur les Organisation Sanitaires et Sociales (IFROSS-Lyon II)

L'équipe de secrétariat a formé 8 secrétaires médicales

Deux pharmacies du Pôle ont l'agrément de maître de stage et dans ce cadre ils peuvent recevoir chaque année :

- des étudiants inscrits en 2ème année de pharmacie lors du stage officinal d'initiation;
- des étudiants inscrits en 3ème année et en 4ème année de pharmacie dans le cadre du stage d'application, qui a pour objectif d'illustrer les enseignements coordonnés sur les pathologies les plus importantes et les principales classes thérapeutiques;
- des étudiants inscrits en 6ème année lors du stage de pratique professionnel de la filière officine.

Certaines IDE du PSP sont en liens avec l'IFSI du CHG de BOURG et forment également des stagiaires

De même les podologues et les orthophonistes sont maîtres de stage et sont organisés pour recevoir les stagiaires selon les modalités réglementaires.

3. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

3.1. Accès aux soins – permanence et continuité des soins

Accessibilité

Tous les bâtiments constitutifs du Pôle Santé les Allymes Plaine de l'Ain sont aux normes d'accessibilité intégrale pour les handicapés ou ont déposé un ADAP

Les MG :

- Le bâtiment est aux normes d'accessibilité PMR complète
- Parking dédié de 25 places dont 1 place réservée PMR
- Desserte de proximité immédiate (50 m) par transport en commun
- Le numéro d'appel est unique (04 74 37 30 30) et le secrétariat physique commun
- Les tarifs pratiqués sont ceux du dispositif conventionnel en secteur 1 (cf. **ANNEXE 4**)
- Horaires d'ouverture du secrétariat
 - du lundi au vendredi en semaine de 8 h à 18 h30
 - le samedi de 8 h à 12 h.
 - ces horaires sont articulation avec les horaires locaux de la PDSA

L'accueil physique des patients par le secrétariat est assuré de 08h00 à 18h30 en semaine et de 08h00 à 12h00 le samedi.

Le standard téléphonique est opérationnel de 08h00 à 18h00 du lundi au vendredi et de 08h00 à 12h00 le samedi.

Le secrétariat assure toutes les prises de rendez-vous pour tous les patients suivis sur le secteur.

Tous les nouveaux arrivants sur le secteur d'Ambérieu en Bugey sont pris en charge par les professionnels du pôle sans distinction ni sélection.

Les MG du groupe assurent les consultations pour les patients admis en maison de retraite ou en structure HAD locale.

Les MG du pôle sont joignables téléphoniquement pendant toute la durée d'ouverture de l'accueil téléphonique et sont présents sur place dans les mêmes horaires selon les modalités prévus par les statuts et le règlement intérieur du Groupe.

Statutairement, les MG du groupe sont astreints à une présence minimale et leur nombre ne peut être inférieur à 3 praticiens sur la journée et 2 le samedi matin.

En dehors des consultations programmées, les agendas quotidiens prévoient pour chaque MG du groupe des plages de Rdv disponibles en « permanence des soins » sur la journée : ces plages représentent 20% de l'activité quotidienne du groupe en semaine (soit environ 35 consultations / jour), 100% pour 2 MG le samedi matin et sont adaptables en temps réel en période épidémique.

Une analyse d'impact sur l'activité de PDSA est suivie mensuellement (**ANNEXE 9**).

L'informatisation en réseau des données biomédicales permet un accès complet au dossier des patients en l'absence du médecin traitant.

Les médecins présents assurent la continuité des soins des médecins absents.

Un planning des présences pour les congés annuels et les jours fériés est établi semestriellement et adopté à la majorité des médecins associés sous la responsabilité d'un des coordonnateurs (Dr GENOT).

Le règlement intérieur du groupe médical précise les modalités de congés ou d'absence.

L'acceptation pleine et entière des statuts, règlement intérieur et contrat de bonne pratique confraternelle et associative conditionne l'intégration au groupe et au pôle.

Les MG du groupe médical des Allymes participent tous à la PDSA organisée sur le secteur.

L'organisation de la PDSA est assurée par une structure associative : La Maison Médicale de Garde de la Plaine de l'Ain (MMG PA)

La MMG PA est signataire de convention avec le Centre 15 depuis 2005 et le service des urgences de la Clinique Mutualiste depuis 2003

- La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est assurée par les médecins généralistes du pôle dans le cadre de la Maison Médicale de Garde de la Plaine de l'Ain.

- La PDS débute sur le secteur à partir de 18h00 (décision de l'Assemblée Générale constitutive de novembre 2002) pour tous les MG du secteur de la MMG PA
- La PDSA est régulée par le centre 15 (convention MMG PA – Centre 15 de l'Ain).
- Les patients sont informés du dispositif de PDSA :
 - par répondeur téléphonique
 - par affichage en salle d'attente
 - par mention sur les ordonnances

A noter qu'en 2014, 581 consultations à la Maison Médicale de Garde (sur un total de 6328 consultations) ont été générées par les patients de huit médecins du pôle (sur un total de 58 Médecins).

Ainsi nous avons généré 9% de l'activité de la MMG en représentant 14% des médecins du secteur.

Les MKDE :

- mettent à disposition un professionnel dédié aux soins de kinésithérapie à domicile (cadre du maintien des personnes âgées à risque de chute élevé selon score de TINETTI – protocole)
- assurent une PDS « bronchiolite » pendant les périodes épidémiques (protocole)
- disposent d'un secrétariat dédié

Les IDE :

Assurent une permanence de soins en continu 7j/7 sur leur patientèle selon la réglementation en vigueur.

Dans les situations de fin de vie, elles disposent des numéros de portable ou de ligne personnelle du MG en charge du patient.

Les PO :

L'ensemble des PO du Pôle de santé participent tous à la PDSA organisée sur le secteur. L'organisation de la PDSA est assurée par le syndicat majoritaire du département : La Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF). Le service de garde est organisé pour répondre aux besoins du public en dehors des heures et/ou jours d'ouverture généralement pratiqués par les officines. La garde concerne les dimanches et jours fériés ainsi que le soir et la nuit de la semaine de 19h00 à 9h00 le lendemain.

Les patients sont informés du dispositif de la PDSA :

- Par affichage sur la vitrine des pharmacies
- Par le site internet www.3237.fr
- Par le répondeur téléphonique
- Par le numéro audiotel 3237

Chaque PS du pôle de Santé dispose des numéros de ligne téléphonique directe et des adresses mails de tous les adhérents.

Un site Internet est actif depuis le mois de juin 2014 et propose

- un annuaire des professionnels du pôle
- Une information aux patients (PDSA, fiches conseils, sites internet utiles)
- Une bibliographie enrichie
- Les protocoles en lignes (accès réservé aux professionnels)

Toutes les fiches conseils pour les patients sont également numérisées dans le SI et peuvent être remises lors de la consultation par tous les professionnels du pôle Ex : **ANNEXE 7**

3.2. La coopération et la coordination externe

- établissement de santé : Le pôle adhère à VILLHOPAIN et à la plateforme d'appui territoriale SOUTI'AIN. Mise à disposition et envois systématiques des données biomédicales et sociales des patients hospitalisés (Document médical de synthèse) aux équipes hospitalières.
- établissement médico-social : Contacts formalisés avec : MDPH ; PMI ; CLIC, CAP ; CMP ; SSIAD etc.
- maison médicale de garde : Déjà décrit
- laboratoire de biologie médicale : Transmission directe des résultats via bioserveur dans le SI des MG du pôle. Transmission des résultats INR par SMS pour les IDE gestionnaires de cas sur protocole AVK
- cabinet d'imagerie médicale / autres spécialités médicales :
 - Annuaire formalisé des divers spécialistes d'organe sur le secteur du pôle

- CR d'examens dématérialisés avec les radiologues de la CMA
- Convention ZEPRA en cours d'étude
- Convention de dépistage et d'orientation des patients porteurs d'un SAHOS
- Convention de télétransmission et d'analyse des ECG en cours d'étude avec la « Maison du cœur et des vaisseaux » de Bourg
- Réseau confraternel non formalisé avec le CHG de Bourg (hors VILLHOPAIN), certaines spécialités de la Clinique Mutualiste d'Ambérieu, certaines spécialités des CHU de Lyon

En dehors des conventions actives ou de la PDSA, la coordination avec les professionnels et les structures de santé extérieures à la MSP s'articule principalement autour du Courrier systématique et du Document médical de synthèse (**ANNEXE 8**) – et des protocoles VILLHOPAIN

SYSTÈME D'INFORMATION

COFIL SI constitué de 9 membres répartis en 2 groupes pluri professionnels avec chacun au moins un médecin, une IDE et un kiné.

Chaque groupe visite 1 site pour chaque logiciel.

Les logiciels retenus sont ICT et WEDA.

Le logiciel éO n'a pas été retenu pour des raisons d'ergonomie.

Lorsque nous auront choisi le logiciel partagé :

- Les médecins basculeront d'emblée sur le nouveau logiciel.
- Les PO l'auront en doublon de leur logiciel professionnel.
- Les autres professionnels l'utiliseront en mode lecture partagée en plus de leur logiciel actuel dans un premier temps (aucun SI actuel ne permettant par exemple la facturation TFSE). L'objectif étant à terme de basculer intégralement sur le logiciel partagé.

Voici les attentes lors des visites sur site :

- Intuitivité et ergonomie (le logiciel doit être facile d'utilisation), écran unique permettant de visualiser tout le dossier (pas de superposition de notes), dictée vocale souhaitable.
- Possibilité de consulter le dossier patient par les paramédicaux (antécédents, imageries...), possibilité d'incrémenter le dossier médecin par les autres professionnels de manière simple et rapide (vaccins, photos...). Dossier unique par patient.
- Dématérialisation des ordonnances dont les modalités pratiques et réglementaires restent à définir pour les pharmaciens d'officine.
- Accès ponctuel au dossier par un PS du pôle ne prenant pas habituellement en charge le patient ou par un PS n'appartenant pas au pôle (patient envoyé aux urgences ou en hospitalisation par exemple). C'est le principe de « bris de glace » permettant ponctuellement d'accéder au dossier si nécessaire mais en lecture seule.
- Coût acceptable, accès tablette et smartphone, hotline performante, capacité de stockage et d'indexation.
- Agenda modulable et adapté à toutes les professions.
- Messagerie interne classique pour messages non urgents + alertes apparaissant à l'ouverture d'un dossier patient.
- Pour que le logiciel partagé devienne le logiciel métier des paramédicaux il faut obligatoirement :
 - o Une facturation performante
 - o Un agenda de programmation des soins pratique
 - o La possibilité de ponts avec d'autres logiciels (bilan podologique dynamique et de kinésithérapie)
- Pour les structures où tous les PS n'appartiennent pas au pôle de santé, le logiciel partagé deviendra un logiciel métier pouvant être utilisé par chacun. A chaque structure de décider de son organisation (passage de toute la structure au nouveau logiciel ou maintien des 2 logiciels).
- Ce logiciel doit être compatible avec le DMP et le dossier pharmaceutique.

A ces éléments se rajoutent deux critères indispensables :

- Un module de requête performant

- Un service informatique réactif

Les sites qui seront visités vont être décidés courant juin. Les dates des visites seront décidées en fonction des disponibilités des groupes du COPIL et des sites à visiter.

PROTOCOLES PLURIPROFESSIONNELS

Pour l'année 2015/2016, les associés décident de procéder à une révision générale des protocoles déjà produits, selon la méthodologie HAS :

- (1) Le thème du protocole :
 - (i) doit être pluriprofessionnel
 - (ii) doit constituer un problème fréquent
 - (iii) doit être réalisable dans ses objectifs
 - (iv) doit tenir compte des moyens humains et matériels disponibles
 - (v) doit répondre aux attentes des professionnels concernés et des patients
 - (vi) peut-être élaboré entre professions paramédicales et sans participation des professions médicales
 - (vii) peut concerner des thématiques de santé ou d'organisation

- (2) Chaque protocole doit faire l'objet d'une recherche bibliographique préalable
 - (i) Cette recherche sera confiée à des professionnels exercés
 - (ii) Chaque professionnel participant au protocole disposera et lira la bibliographie en amont de la rencontre interprofessionnelle
 - (iii) Une formation à la recherche bibliographique sera proposée à tous les membres de la SISA

- (3) Déroulement et animation de la rencontre interprofessionnelle
 - (i) Dans la mesure du possible, l'animation est pluriprofessionnelle
 - (ii) Dans la mesure du possible, 1 ou 2 patients experts participent à la rédaction du protocole
 - (iii) Un pré-test est réalisé avec 3 objectifs
 - a. déterminer les connaissances de base
 - b. déterminer la connaissance des éléments de bibliographie
 - c. identifier au mieux les attentes
 - (iv) Les idées forces du protocole sont élaborées au cours de la réunion avec tous les participants (professionnels et patients)
 - (v) La rédaction du protocole peut se réaliser à l'issue ou faire l'objet d'une rencontre ultérieure.
 - (vi) La relecture et la validation définitive font l'objet d'une réunion spécifique.

- (4) Une évaluation d'aval est mise en place dès la rédaction du protocole
 - (i) Conditionnée par la mise à disposition d'un SI partagé
 - (ii) Nécessitant de pouvoir compter les protocoles mis en place et d'identifier les professionnels et les patients concernés
 - (iii) Portant sur des items simples à compléter et faciles à traiter statistiquement :
 - a. Utilisation du protocole : OUI / NON – pourquoi ?
 - b. Respect des rôles propres
 - i. par évaluation croisée : OUI / NON
 - ii. et non croisée : OUI / NON / pourquoi ?

- (5) Un accompagnement et un suivi du protocole est mis en place dès la rédaction

- (i) Sous la responsabilité du COPIL protocole
- (ii) Avec la participation des PS concernés
 - a. Via les PS du COPIL protocole
 - b. Portant sur tous les aspects du protocole (scientifique, technique, pratique, réglementaire)
- (iii) Désignation d'un (ou plusieurs) professionnel référent / protocole
 - a. Diffusion et mise en place pratique du protocole
 - b. Accompagnement des professionnels
 - c. Lien avec le COPIL
 - d. Veille de mise à jour (scientifique et réglementaire)

Le COPIL se réunit le 23/06/2015 juin pour établir le calendrier de révision des protocoles 2015-2016

COORDINATION/CAS COMPLEXES

- (1) Les difficultés rencontrées par les PS du pôle concernent :
 - (a) Le repérage du patient fragile :
 - (i) Liée à la routine professionnelle
 - (ii) problème des professionnels travaillant en équipe : la détection retardée
 - 1. du fait que le patient ne voit pas toujours le même professionnel
 - 2. de la sensibilisation du professionnel au patient fragile
 - (iii) difficultés et volonté (questionnement éthique) d'anticiper les futurs problèmes/risques du patient
 - (iv) problème de définition du patient complexe
 - 1. manque de formation des professionnels et de leurs équipes
 - 2. absence de méthodologie pour organiser la coordination
 - 3. grille SEGA partiellement adaptée aux soins primaires
 - (b) La concrétisation de la coordination une fois que le patient est repéré :
 - (i) qui déclenche la réunion (PS ? Patient ? Famille ?)
 - (ii) difficulté à connaître les PS en charge du patient
 - (iii) crainte de la surcharge de travail
 - (iv) L'information au patient du travail pluri professionnel autour de lui
 - (v) La mise en place et le suivi des propositions à l'issue de la coordination
- (2) Les pistes de travail proposées sont :
 - (a) La création d'un outil de détection du patient complexe nécessitant une coordination
 - (i) adaptation locale de la grille SEGA aux soins primaires
 - (ii) liste d'évènements pouvant alerter les PS et déclencher directement une coordination
 - (b) Mise en place d'une méthodologie pour faciliter la coordination :
 - (i) identification de l'équipe soignante,
 - (ii) discussion pluri professionnelle en amont de la réunion,
 - (iii) programmation et réalisation de la réunion,
 - (iv) compte-rendu et suivi post coordination
 - (c) La formation des professionnels à la détection et la coordination du patient complexe
 - (d) La redéfinition du rôle des secrétaires du pôle pour identifier et mettre en relation l'équipe soignante du patient (identification et coordination des PS)

Le COPIL s'est réuni le 09/06/2015 pour :

- retravailler l'outil de détection des patients fragiles
- décrire la filière et définir la méthodologie
- établir le calendrier de présentation plénière aux PS du pôle : octobre 2015

POURSUITE ACTION DEJA ENGAGEES

- ✓ Accueil et orientation des patients - mise en place de l'annuaire médico-social partagé du secteur
 - Récupération des données professionnelles > En cours
 - Mise en œuvre électronique > En cours
 - Mise à disposition effective > suivant mise à disposition du SI
- ✓ Coordination sur cas complexes 1 : poursuite et développement de la convention ASALEE
 - Diabète et patients à haut risque cardio-vasculaire
 - BPCO et asthme
- ✓ Coordination sur cas complexes 2 : patients âgés en maintien à domicile
 - Nombre de cas budgétés pour 2015-2016 hors dispositif ASALEE : 100
- ✓ Coordination sur cas complexes 3 : Groupe qualité MG/PO – risque iatrogénique
 - Nombre de rencontres programmées 2015-2016 (patients > 75 ans polymédiqués) : 4 réunions avec 8 dossiers par réunion soit 32 dossiers analysés
- ✓ Protocoles interprofessionnel avec participation de patients experts :
 - Selon calendrier à déterminer
- ✓ Enrichissement continu du site Web du pôle (<http://www.pole-sante-des-allymes.fr/>) Traduction et mis en ligne des « fiches infos » en turc et en arabe, bibliographie et sites utiles.
 - Calendrier étalé sur toute l'année 2015 - 2016

NOUVEAUX PROJETS EN COURS DE REALISATION

- ✓ Service aux patients et consultations du second recours : Participation au projet de télémédecine dermatologique ANTEL/FFMPS
 - Selon calendrier national. 1 MG du pôle est membre du COPIL national FFMPS
- ✓ Service aux patients – Accueil et orientation : Intégration à la plateforme d'appui territoriale SOUTI'AIN : réalisée
- ✓ Service aux patients : Mise en place du projet d'ETP de groupe sur la prévention des troubles du langage. Ce projet répond à une problématique de délai d'accès aux prises en charge d'orthophonie dans un secteur où la démographie professionnelle est largement déficitaire. Ce projet porté par les orthophonistes du pôle, en lien avec les MG et le service de PMI prévoit la réalisation d'un dépistage précoce (20-24 mois) des risques de retard d'acquisition du langage et la mise en place d'un programme d'éducation préventive de groupe à destination des parents. Ce projet développé localement avec le soutien de la FemasRA a pour objectif de pouvoir se décliner sur d'autres secteurs déficitaires du département.

- écriture du projet : réalisée
 - faisabilité interprofessionnelle (orthophonistes, MG et Médecins de PMI : en cours
 - formalisation et rédaction du dossier de demande de financement complémentaire FIR: 1^{er} semestre 2016
- ✓ Services aux patients et consultations de second recours – orientation et filière de soins :
- convention pour la télétransmission des ECG dématérialisés avec les cardiologues du secteur
 - dispositif technique : acquis
 - réunion de formalisation : en attente
 - élaboration et signature de la convention : en attente
 - convention pour le dépistage du SAHOS au groupe des Allymes avec l'équipe de pneumologie du CHG de Fleyriat pour les patients à RCV :
 - dispositif technique : acquis
 - réunion de formalisation : réalisée le 27/01/2014
 - élaboration et signature de la convention : 13 mars 2015
 - dépistage actif au 13/03/2015

DEVELOPPEMENT DE LA FORMATION PURI PROFESSIONNELLE

- formation à l'animation, création et mise en place de formations, expertise en soins primaires
 - Formation initiale de 2 nouveaux professionnels sur dispositif MG FORM réalisé le 29-30 janvier 2015
 - Formation niveau 2 : janvier 2016
- FPC à haute valeur ajoutée collective
 - plaie et cicatrisation sur dispositif : 2nd semestre 2015

AUDITS ET EVALUATION D'ACTIVITE – PROGRESSION QUALITATIVE – RECHERCHE CLINIQUE

- ✓ sur le plan organisationnel : 2 projets actifs pour 2015-2016
 - participation du groupe pilote (10 PS volontaires) à l'étude nationale PRiSM
 - audit sur l'homogénéisation du dossier médical (MG) portant sur les éléments suivants (objectif 85 % de réalisation):
 - n° de téléphone, adresse
 - Antécédents médicaux, chirurgicaux et allergiques codés en CIM 10
 - Plan de prévention personnalisé
 - Synthèse des problèmes en cours

méthodologie :

- audit initial : réalisé au 05/06/2015
- évaluation intermédiaire : novembre 2015
- audit final : mars 2016

- ✓ sur les protocoles existants, 2 projets actifs pour 2015/2016
 - Thèse de doctorat sur l'appropriation des protocoles en collaboration avec l'IFROSS
 - Méthodologie et grilles d'entretiens : réalisés
 - Demande de financement sur FIR : réalisé
 - Entretiens: réalisés
 - Soutenance : 24/11/2015
 - Audit des patients sous AVK
 - Mise à jour de l'audit de 2011 (1^{er} trimestre 2016)

Projet de santé établi en date du 27 mai 2015

Pour la SISA pôle sante les Allymes Plaine de l'Ain :
Olivier BELEY (coordinateur)

Pierre GENOT (coordinateur)

Pour l'APSPAPA, le Conseil d'administration :
Carole DI BENEDETTO (IDE)

Michel GADOT (MG)

Maud GEESEN (MG)

Mélanie PASQUALINI (PO),

Marc PELLUET (MKDE)

David PREMEL (podologue).

ANNEXE 1



SISA Pôle Santé des Allymes Plaine de l'Ain

*Rue Pr. Cabrol – ZA En Pragnat Nord
01500 AMBERIEU en BUGEY*

COMPTE – RENDU –coordination autour d'un patient

Réunion de coordination MG – IDE – MKE – autre : (Entourer la mention utile)

Le 15/05/12

Nom du patient:

NOM Prénom des professionnels participants : -

Feuille de présence obligatoire

Heure: ouverture de séance

1ère partie:

- Rappels historiques et éléments biographiques sur le patient:
- Entourage professionnel et aidants naturels:

2nde partie:

- Eléments de la problématique:
- Questions soulevées par la problématique (listing):
- Solutions éventuellement déjà en place:

3ième partie:

Discussion - Estimation du besoin:

mise en place pratique et rôle des différents intervenants:

Evaluation à distance prévue:

Heure: fin de séance

Document à transmettre au coordonnateur

ANNEXE 2

LE DOSSIER COORDONNE DU PATIENT SUIVI A DOMICILE CLASSEUR TYPE

(Classeur mis à disposition par l'intermédiaire de la SISA et à retirer au secrétariat du groupe médical des Allymes)

INTERCALAIRE N°1 : IDENTITE et CONTACTS

mis en place par le secrétariat

Identité :

NOM du patient

Prénom du patient

Adresse complète et n° de téléphone

NNI – Régime de sécurité sociale – Bénéficiaire de l'ALD : oui – non

Contacts :

Médecin traitant

IDE en charge

Autres PS en charge

Pharmacien

Spécialistes réguliers ou services hospitaliers

Référents familiaux

INTERCALAIRE N°2 : DOSSIER MEDICAL

élaboré par le MG

- **Synthèse** médicale – Remise au patient ou adressée par courriel à l'IDE dans les plus brefs délais
- **Ordonnances** et traitements
 - Traitement de fond
 - Traitement aigu (à retirer dès la fin de celui-ci)
 - Autres prescriptions
- **Résultats** d'examens complémentaires
 - INR
 - Bilan annuel
 - Autre biologie
 - Autres examens – courriers médicaux à l'appréciation du MG

INTERCALAIRE N°3 : DOSSIER PARAMEDICAL

élaboré par l'IDE et le MKE

- **Plan de soins** : QUI FAIT QUOI QUAND
- Feuille de **constantes** : selon prescription médicale (ex : poids, TA, FC...)
- Feuille de résultats **INR**
- Feuille de résultats **glycémie** capillaire

INTERCALAIRE N°4 : TRANSMISSION

remplie par les PS intervenants

Feuille blanche format A4

⇒ colonne 1 : date et nom du PS

⇒ colonne 2 : observation du PS

INTERCALAIRE N°5 : RENDEZ-VOUS A VENIR

élaboré par l'IDE

Feuille format A4

⇒ date du RdV

⇒ structure ou nom

⇒ moyen de transport comm

ANNEXE 3



*SISA Pôle Santé des Allymes Plaine de l'Ain
Rue Pr. Cabrol – ZA En Pragnat Nord
01500 AMBERIEU en BUGEY*

COMPTE – RENDU de SEANCE

Réunion de coordination MG – IDE (entourer la mention utile) – le DATE

Thème:

Coordination: NOM Prénom– secrétaire de séance : NOM Prénom

Participants: cf. Feuille de présence

Heure: ouverture de séance

1ère partie:

- Bref rappel de la problématique :
- Eléments bibliographiques :

2nde partie:

- Questions soulevées par la problématique (listing) :
- Solutions éventuellement déjà en place :
- Estimation du besoin de protocolisation

3ième partie: Projet de protocole

- Présentation
- mise en place pratique
- éducation thérapeutique (si utile)

Heure: fin de séance

Document à transmettre au coordonnateur de l'APPSPPA (Olivier BELEY)

ANNEXE 3 bis EXEMPLE DE PROTOCOLE

ASSOCIATION PLURIDISCIPLINAIRE DES PROFESSIONNELS DE SOINS PRIMAIRES

PLAINE DE L'AIN

Rue Pr. Cabrol – ZA En Pragnat Nord

01500 AMBERIEU en BUGÉY

COMPTE – RENDU de SEANCE

Réunion de coordination MG – IDE – le lundi 14 février 2011

Thème: Ulcères variqueuse - Plaies chroniques - Pansements

Coordination: Olivier BELEY

Participants: cf. Feuille de présence

20h30: ouverture de séance

1ère partie: Ulcères et plaies chroniques - pansements et niveau de preuve

- notion d'IPS (index de pression systolique) – TA systolique jambe / TA systolique bras
- Suivi clinique conjoint IDE-MG – Echelle colorimétrique
- Intérêt des dopplers veineux et artériels
- Traitements médicamenteux et niveaux de preuve
- Traitement chirurgical : crossectomie – phlébectomie
- Education thérapeutique (grade B) – Notamment sur l'importance et la surveillance de la contention
- Lavage à l'eau (grade B)
- Pansement simple, peu adhérent, accepté par le patient (grade B)
- Efficacité démontrée pour les HYDROCOLLOÏDES et les INTERFACES vaselinées
- En cas de plaie exsudative: ALGINATES (grade B)
- Pas d'efficacité ou de supériorité démontrée pour les autres pansements
- Discussion sur le système PROFORE® : Pas d'intérêt supérieur par rapport au pansement standard
- La CONTENTION – Élément essentiel du pansement (grade B)

Rappels de la première réunion de coordination de mars 2010

2ième partie: Correction du protocole initial Cf. Ordonnance type version 2

- Type de plaie et IPS par MG
- VAT par IDE = délivrance par défaut du VAT Pasteur par le PO.
- Notion de surface et nombres de plaie : A déterminer par l'IDE.
- Modification de l'intitulé sur les durées et les passages : adaptation selon les besoins du patient par IDE. Valable 12 mois.
- Prescription matérielle initiale par l'IDE : les patients sont orientés vers l'IDE avant de passer en pharmacie.
- Surlignage DEXERIL et XYLOCAÏNE par l'IDE = délivrance par le PO.
- Surlignage de la contention choisie par l'IDE en accord avec le patient = délivrance par le PO.
- Contention ou compression selon présence ou non d'une AOMI – Contention en cas de doute non levé par le MG
- Echelle colorimétrique sur feuille à part – Evaluation initiale par le MG – Evaluation secondaire par l'IDE = moyen de communication et d'information interprofessionnelle.

22h30: fin de séance – **Validation plénière le 24/02/2011**

{entete}

Le {date}

{patient}

né le {date_naissance}

Type de plaie :

Surface: > 10 cm² - < 10 cm² - Unique - Multiples

Vaccination antitétanique : date ou à faire par IDE

Doppler veineux : date ou à faire

IPS (TA tibiale / TA radiale - $0.9 < N < 1.3$) =

AOMI associée : oui - non - Evaluation en cours

Faire pratiquer par IDE (à domicile) chaque jour y compris dimanche et férié, les pansements selon protocole jusqu'à cicatrisation :

ATTENTION: Contactez votre IDE pour la prescription du matériel nécessaire avant de passer chez votre pharmacien

1/ lavage, si possible à la douche, de la plaie à l'eau tiède savonneuse ou au sérum physiologique

2/ Mise en place d'une **INTERFACE Vaseline**

ou d'un **pansement HYDROCOLLOÏDE** en débordant des marges de la plaie de 2.5 cm – Laisser en place jusqu'à formation d'une bulle de décollement spontané sans dépasser 5 jours

Protéger la périphérie de la plaie avec **DEXERYL**

3/ En cas de plaie fibrineuse nécessitant une détersion :

- Détersion mécanique après application d'anesthésique de contact type **XYLOCAÏNE** gel
- Mise en place d'un **pansement absorbant type ALGINATE** puis **HYDROCOLLOÏDE** ou **INTERFACE vaselinée** une fois l'exudat contrôlé

4/ Protection et maintien avec pansement secondaire au choix :

Compresses – sparadrap à faible adhérence – jersey tubulaire ou filet de contention si nécessaire

5/ Mise en place de la compression par bandage multicouche étalonné soit:

2 bandes étalonnées à étirement court à laisser en place 24h/24 **ou**

2 bandes étalonnées à étirement longs à retirer au coucher **ou**

bas de contention indice 1 et indice 2 superposés à laisser en place 24h/24

En cas d'AOMI:

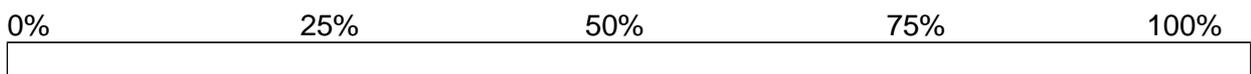
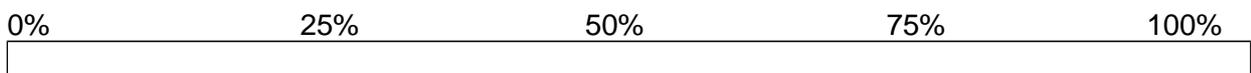
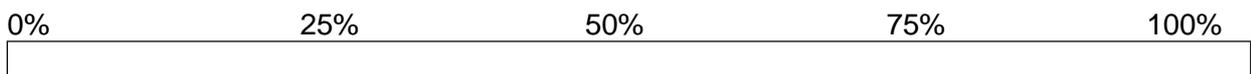
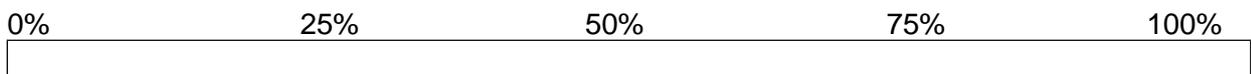
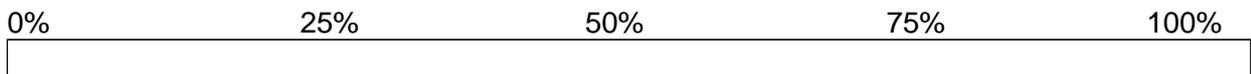
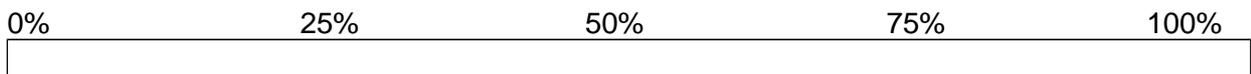
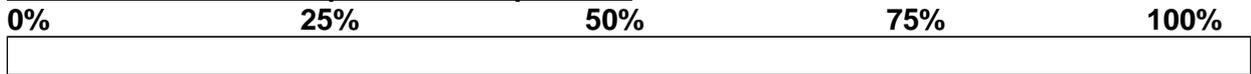
1 bande étalonnée à étirement court **ou**

bas de contention indice 1 à retirer au coucher

Evaluation colorimétrique initiale de la plaie par le médecin généraliste: {date_jmmaa}



Evaluation colorimétrique évolutive par l'IDE:



ANNEXE 4 – Affichage en salle d'attente (1)

Secrétariat ouvert: du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00 et le samedi de 8h00 à 12h00

Groupe Médical « Les Allymes »

COÛT DES HONORAIRES DES PRINCIPAUX ACTES PRATIQUES

(Affichage en application de l'arrêté du 11 juin 1996)

Médecins conventionnés secteur 1

En Euros

Consultation (C) **23**

Consultation approfondie (CALD) **26**

Forfait pédiatrique pour les 4,9 et 24 mois (C+FPE) **28**

Majoration nourrisson (0 à 24 mois) (C+ MNO) **28**

Majoration Grand Enfant (24 mois à 6 ans) (C+MGE) **26**

Pose ou changement de stérilet (JKLD001) **38,40**

Electrocardiogramme au cabinet (C+DEQP003) **37.26**

Visites à domicile:

- Patients en maintien à domicile (V+MD) **33**
- En urgence (V+MU+IK ou K25+MU+IK) **43,56 à 70,87**
-
- A titre exceptionnel pour convenance personnelle du patient: ces visites non motivées par le caractère médical ou urgent de la demande entraînent un dépassement d'honoraire (DE) variable selon les médecins, non pris en charge par l'assurance maladie.

Ces honoraires peuvent être dépassés en cas d'exigence particulière ou exceptionnelle du patient, de temps ou de lieu.

Membres d'une association de gestion agréée, acceptant le règlement des honoraires par chèque bancaire.

Les médecins du groupe informent leur patientèle de l'informatisation du dossier médical dans le strict respect des obligations légales et déontologiques et de sa déclaration auprès de la CNIL. Conformément à la loi, toute personne dispose d'un droit de rectification des données personnelles enregistrées.

ANNEXE 4 – Affichage en salle d'attente (2)



<http://www.pole-sante-des-allymes.fr/>

Groupe Médical « les Allymes » - Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire MEDECINS SPECIALISTES EN MEDECINE GENERALE UCB Lyon 1 - AMBERIEU en BUGEY

secrétariat ouvert: du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00 et le samedi de 8h00 à 12h00

Olivier **BELEY**
de la Faculté de Lyon
Enseignant clinicien ambulatoire
Formateur en formation continue

Claude **ERRARD**
de la Faculté de Lyon
Compétence en mésothérapie

Maud **GEESEN**
de la Faculté de Lyon
Enseignant clinicien ambulatoire

Pierre **GENOT**
de la Faculté de Lyon
Enseignant clinicien ambulatoire

Michel **GADOT**
de la Faculté de Lyon
Enseignant clinicien ambulatoire
Formateur en formation continue

Daniel **IOSTI**
de la Faculté de Lyon
Enseignant clinicien ambulatoire
Formateur en formation continue

Anne **LHENRY**
de la Faculté de Lyon
CES de Rhumatologie

Fabienne **VOLLERIN**
de la Faculté de Lyon

Carole **DI BENEDETTO**
Infirmière de Santé Publique

Sylvia **MORENO**
Infirmière de Santé Publique

Les médecins du groupe des Allymes assurent des consultations en médecine générale:

Suivi des enfants et des nourrissons	Suivi des grossesses (jusqu'au 7 ^{ième} mois)	Petite chirurgie dermatologique
Suivi des vaccinations	Gynécologie médicale (contraception, frottis, pose de stérilet)	Suivi des personnes âgées
Suivi des examens de dépistage	Participation aux campagnes de dépistage des cancers	Suivi des patients en maison de retraite
Prévention et suivi des maladies cardiovasculaires	Éducation thérapeutique aux patients	Soins palliatifs à domicile
Suivi du diabète et des maladies chroniques		
Réalisation des électrocardiogrammes	Exploration fonctionnelle respiratoire	Oxymétrie nocturne

Les médecins travaillent en coordination interprofessionnelle étroite avec les infirmières, les kinésithérapeutes et les pharmaciens du secteur.

Les médecins assurent pour chaque patient le suivi, la coordination et la synthèse avec les médecins spécialistes d'organes.

Les médecins suivent ou animent chaque année plusieurs séances de formation médicale et participent à l'évaluation continue des pratiques professionnelles.

Le cabinet médical participe à la formation théorique et pratique de vos futurs médecins.

Les médecins participent à la permanence de soins en assurant des gardes et des astreintes à la Maison Médicale de Garde de la Plaine de l'Ain.

ANNEXE 5. Capture d'écran

Dossier médical

- Motif de consultation (CIM 10)
- Traitements en cours
- Interactions base Vidal
- Actions entreprises
- Identification des courriers
- Bilan remarquable
- Exonération (ALD/CMU/autres)

Boîte de réception

Contacts

Pharmacies

Recettes

Dépenses

Dossier médical

- Antécédents (CIM 10)
- Carnet d'adresses
- Messagerie interne
- Interaction base

Antécédents

Chirurgicaux : * polype nasal, sans précision

*hypothyroïdie après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

thyroïdectomie sub-totale (30) sous lévothyrox 75

* dilatation urétrale (Ferrier 2003)

Medicaux : *cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive) MCP hypertensive au stade d'insuffisance cardiaque

* fibrillation et flutter auriculaires AC/FA permanente CEE en 92

* hypertension essentielle (primitive) HTA évoluant depuis 1990

* accident vasculaire cérébral ischémique en août 07. Hémi-parésie droite séquellaire.

* anomalie du métabolisme des lipoprotéines, sans précision dyslipémie IIa sous statine

* insuffisance rénale, sans préc

Insuffisance rénale modérée (clairance = 38 ml/mn)

* ostéoporose avec fracture pathologique, sans précision - cheville et pied Fracture de cheville (2006)

* fracture vertébrale de fatigue région lombaire - Tassement L5 ostéoporotique (2010)

Gynécologiques : 4G/4P (46,49,55,55 jumelles).

Codifiés (Pathologies) : Insuffisance rénale sévère : clairance de la créatinine < 30 ml/min

Suivi

Poids le 22/03/2011 : 48,000 Kg

PAS le 24/06/2011 : 170 mm Hg

PAD le 24/06/2011 : 85 mm Hg

FC le 24/06/2011 : 69 / min

Etiquette Plan de soins

- vaccination
- dépistages divers
- bilans programmés
- aidants professionnels

Dépenses Outils Accessoires Fenêtre ?

REFERENT

Historique Etat Civil Antécédents Prévention Notes Rendez-vous

Dossier complet Tous les utilisateurs

Date	Probl...	Description
07/09/2011		bioserveur ANDRE MARIE - GRAND LABORATOIRE D'AMBERIEU - I.N.R.
09/09/2011	Bilan ann...	bioserveur ANDRE MARIE - GRAND LABORATOIRE D'AMBERIEU - SODI
10/09/2011		bioserveur ANDRE MARIE - GRAND LABORATOIRE D'AMBERIEU - I.N.R.
12/09/2011		bioserveur ANDRE MARIE - GRAND LABORATOIRE D'AMBERIEU - I.N.R.
16/09/2011		bioserveur ANDRE MARIE - GRAND LABORATOIRE D'AMBERIEU - I.N.R.
20/09/2011		Motif] insuffisance ventriculaire gauche [Action] > dosage digoxine > holter ECG Eta
20/09/2011		Groupe Médical "Les Allymes" Spécialistes en Médecine Générale Consulta
20/09/2011		
20/09/2011		
20/09/2011		
20/09/2011	cardiologie	
20/09/2011	cardiologie	
22/09/2011		
22/09/2011		
28/09/2011		
30/09/2011		
04/10/2011		

Prescriptions rela...
Prescriptions relatives au traitemen...

Etiquette Problèmes en cours

- Pathologies évolutives
- Historique rapide
- Bilans réguliers
- Suivi organisé

Problèmes en cours

AVC ischémique en août 07.
Troubles de l'équilibre séquellaire de l'AVC ainsi qu'un déficit distal modéré de la main droite.

* **Myocardiopathie hypertensive** au stade d'insuffisance cardiaque.
VG dilaté. FEVG=53%. IA grade 1 et **AC/FA** à réponse ventriculaire lente (écho 08).
TA bien équilibrée sous traitement. s/bisoprolol+furosémide+digoxine (mars 08).
Echappement tensionnel (juillet 08) avec TA moyenne=160/100 confirmée par autocontrôle: renforcement bisoprolol 5 mg
ECG (juin 09): AC/FA bien ralentie - BBG (inchangé)
ECG (janv 11): AC/FA - BBG - Bradycardie sévère -> Réduction bisoprolol et digoxine
Cs cardio (janv 11): **Dilatation VG - FEVG < 30% - Myocardiopathie dégénérative sévère.**
Automesure TA (janv 11) - Moyenne=146/74

* **Insuffisance rénale sévère** (septembre 08). Altération lente de la fonction rénale depuis plusieurs années.
Clairance mesurée = 30.20 ml/mn (juillet 10)
Clairance calculée - MDRD (juin 11) = 36.06 ml/mn - Na=141 K=3.7

Résultat	A	Minimum	Maxim
-			
4.63		3.91	6.22
14.4		11.8	16.5
42.8		37	47
92.4		80	100
31.1		27	33
33.6		31	36.6
0.97		0.7	1.2

AVK

AVK acénocoumarol 4mg
AC/FA et AVC ischémique objectif 2 < INR < 2.5
1/4- 1/4 -1/2 Gestion par IDE

Etiquette AVK

- molécule
- objectif INR
- dose en cours
- gestion par patient

Plan de soins

VAT non à jour

Vaccination antigrippale (10)

hemocult: NC

Mammo: NC

Bilan annuel (juin 11)

Cs Cardiologique (11)

ECG (11)

IDE = Mme DI BENEDETTO

lundi 28 novembre 2011 16:55

FIEVRE DE L'ENFANT

La fièvre est une température supérieure à **38°C** mesurée avec un thermomètre **rectal**. C'est une réaction fréquente causée dans la grande majorité des cas par une infection virale.

Les principaux risques liés à la fièvre sont la déshydratation et les atteintes cérébrales (lorsque la température ne descend pas en dessous de 40-41°C).

La **convulsion fébrile**, qui touche 2 à 5% des enfants, est **totale**ment **bénigne** lorsqu'elle répond à certains critères que recherchera votre médecin. Si les critères sont réunis, il n'y a pas de risque particulier de séquelle neurologique ou d'évolution vers une épilepsie. De nouvelles convulsions peuvent survenir jusqu'à l'âge de 5 ans environ. Les convulsions fébriles peuvent survenir en dehors des pics de fièvre et aucun médicament ne permet de les éviter.

Il est conseillé de demander un avis médical dans les situations suivantes :

- Enfant agité ou somnolent ou ayant un comportement inhabituel malgré le traitement de la fièvre
- Apparition d'une éruption cutanée fébrile
- Fièvre au retour d'un voyage à l'étranger (pays tropicaux surtout) jusqu'à plusieurs mois auparavant
- Fièvre sans point d'appel évoluant depuis 5 jours chez un enfant de moins de 2 ans et depuis 7 jours après 2 ans

TOUTE FIEVRE CHEZ UN NOURRISSON DE MOINS 8 SEMAINES NECESSITE UNE PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE EN URGENCE. TOUTE FIEVRE CHEZ UN NOURRISSON ENTRE 8 ET 12 SEMAINES NECESSITE UNE CONSULTATION DANS LA JOURNEE CHEZ VOTRE MEDECIN.

L'intensité de la fièvre n'est pas un critère de gravité tant qu'elle est inférieure à 41°C

L'objectif du traitement de la fièvre n'est pas de normaliser la température mais d'améliorer le **confort de l'enfant**. Si la fièvre est bien tolérée, il n'est pas utile ni nécessaire de la traiter sauf si elle atteint 41°. Le traitement de la fièvre ne permet pas de prévenir les convulsions fébriles.

Des mesures simples pour réduire la température peuvent être essayées si elles n'aggravent pas l'inconfort de l'enfant :

- Découvrir l'enfant, lui donner de l'eau régulièrement, créer un courant d'air, brumiser
- Appliquer de la glace sur la tête et le cou avec prudence et en protégeant la peau (risque de brûlure)

Les bains sont à éviter car un écart brutal de température peut entraîner des convulsions

LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE LA FIEVRE REPOSE AVANT TOUT SUR LE PARACETAMOL

Donner du paracétamol en 1^{ère} intention et en rester là si l'enfant est soulagé

En cas d'inconfort persistant 1 heure après la prise de paracétamol, on peut donner de l'ibuprofène en plus

Respecter un intervalle d'au moins **6 heures entre 2 prises de paracétamol**

Respecter un intervalle d'au moins **6 à 8 heures entre 2 prises d'ibuprofène** selon la marque (6 heures pour l'Advil® et 8 heures pour le Nurofen® - demandez conseil à votre pharmacien)

Pour le paracétamol, ne pas dépasser 60 mg/ Kg / jour réparti en 4 prises

L'ibuprofène ne peut être donné **qu'à partir de 3 mois** et est **contre indiqué en cas de varicelle ou de déshydratation** (diarrhées) en raison d'un risque d'insuffisance rénale.

L'aspirine doit être évitée autant que possible chez l'enfant en raison d'un risque de complications rares mais graves lors de certaines infections virales.



L'insuline

Vous allez prendre un traitement par insuline, voici ce que vous devez savoir :

L'insuline est une hormone fabriquée par le pancréas pour faire baisser le taux de sucre dans le sang.

Vous avez besoin d'injection d'insuline car votre pancréas n'en fabrique plus assez et parce que votre traitement en comprimés ne suffit plus.

Il existe différentes sortes d'insuline (rapide et lente) : **attention de ne pas les confondre si vous en avez plusieurs.**

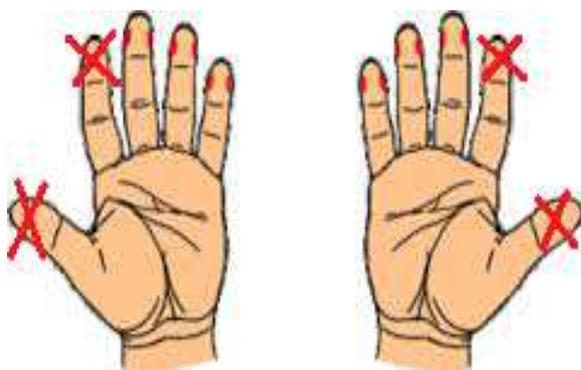
Le passage à l'insuline ne modifie pas les règles hygiéno-diététiques du diabète :

- alimentation équilibrée,
- activité physique régulière,
- pas de saut de repas.

En cas d'insuline rapide, il est important de se piquer toujours juste avant le repas ; si vous ne mangez pas à domicile, **emportez votre insuline avec vous.**

En cas d'insuline lente, il est important de respecter les horaires réguliers d'injection.

Pour contrôler votre glycémie, vous devez vous piquer sur les faces latérales des majeurs, annulaires et auriculaires.

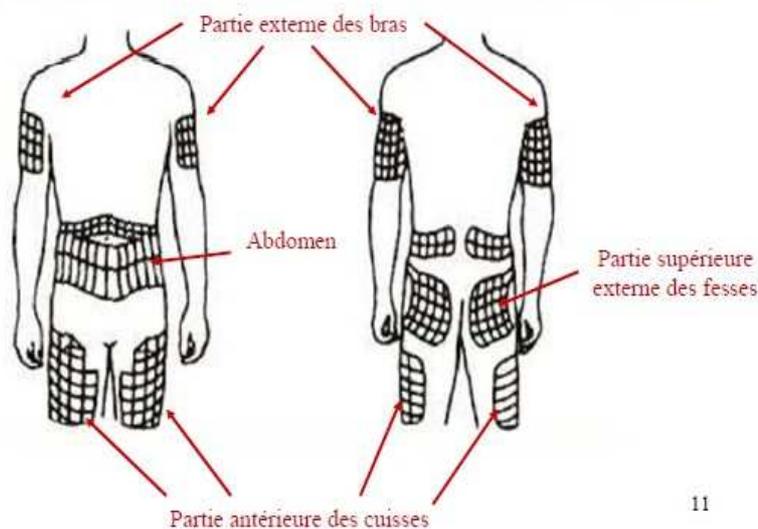


Ne piquez pas sur le pouce ni l'index, changez de doigt à chaque contrôle, lavez et séchez avant de piquer sans désinfecter ; changez d'aiguille à chaque fois et notez les résultats dans votre carnet, que vous apporterez à votre médecin.

Pour obtenir un carnet, contactez votre pharmacien ou le fournisseur de votre lecteur.

Lorsque vous faites votre insuline, il n'est pas nécessaire de désinfecter la zone d'injection. Voici les sites d'injections possibles :

Les principales régions d'injection sont les suivantes ...



11

Purgez l'aiguille avant chaque injection (avec une goutte ou 2UI) puis sélectionner le nombre d'unités nécessaires (si le nombre d'unités restantes est inférieur au nombre d'unités nécessaires jetez le stylo). **Piquez** la peau à 90°, puis **comptez** jusqu'à 10 secondes. Retirez le stylo et **jetez l'aiguille dans un container adapté** (boîte jaune fournie par votre pharmacien).
Les boîtes pleines sont à rapporter à votre pharmacie ou à la déchetterie.

Le principal risque du traitement par insuline est l'hypoglycémie (taux de sucre trop bas), qui peut aller jusqu'au coma si elle n'est pas corrigée.

Elle peut se manifester à tout moment par :

- une sensation de malaise ou de faim
- des sueurs
- des tremblements
- une vision trouble
- des vertiges
- une agitation...

Y compris la nuit avec des insomnies ou des cauchemars.

Devant ces signes, il faut **vérifier votre glycémie**.

Si elle est inférieure à 0,6G/L prenez rapidement **3 morceaux de sucre** (ce qui équivaut à une boisson sucrée ou une cuillère à soupe de confiture ou de miel) **puis une collation** (un morceau de pain ou un gâteau sec).

Si les symptômes sont importants ou que vous ne pouvez pas contrôler votre glycémie, prenez immédiatement 3 morceaux de sucre puis une collation sans perdre de temps !

Notez impérativement ces épisodes dans votre carnet et **ayez toujours sur vous 3 morceaux de sucre**.

Sachez enfin, qu'il existe des situations qui augmentent le risque d'hypoglycémie : repas insuffisant, erreur de traitement, exercice physique inhabituel, maladies ou encore la prise d'alcool.

GROUPE MEDICAL "LES ALLYMES"

Spécialistes en Médecine Générale
Rue Pr. Cabrol - ZA En Pragnat Nord
01500 AMBERIEU en BUGEY
Contact : 04 74 37 30 30

<http://www.pole-sante-des-allymes.fr>

Secrétariat ouvert du lundi au vendredi : 8h00-18h00 Et le samedi : 8h00-12h00
Pour un avis, un conseil ou en cas d'urgence en dehors des horaires d'ouverture **Composez le 15**

Médecins associés :

Olivier BELEY	Claude ERRARD	Michel GADOT
Maud GEESEN	Pierre GENOT	Daniel IOSTI
Anne LHENRY	Fabienne VOLLERIN	

DOCUMENT MEDICAL DE SYNTHESE - mars 2015

L V

né (e) le 28/12/1926 - Veuve, sans enfant, vit seule à domicile. Passage IDE 3 / semaine (St DENIS en BUGEY - Mmes Joseph - Callabre - Martin)

Groupe sanguin

O Rh +

Antécédents personnels :

Chirurgicaux:

- *hernie ombilicale opérée en 42
- * appendicite avec appendicectomie par Mc Burney (54)
- * Exérèse lipome pied G
- * fracture pouteau colles poignet G (2005)
- * Neurolyse nerf médian G (2005)
- * Résection de polypes glandulokystique utérins per hystéoscopique (2006)
- * hernie discale L5_S1 avec sciatique hyperalgique opérée (2006)
- * rétrécissement du canal médullaire - région lombo-sacrée - Laminectomie postérieure L5-S1 (2013) sur récurrence hyperalgique
- * cataracte bilatérale. Opérée en 2007

Médicaux:

- * hypertension artérielle
- * tachycardie sinusale (holter normal en 85)
- * cardiomyopathie degenerative avec FEVG=20% (2007)
- * hypercholesterolemie
- * hernie hiatale avec oesophagite grade ii (99) Récidive en 2007
- * diverticulose colique (99).
- * discopathie degenerative L4-L5-S1 (91)
- * anemie microcytaire (2007) en relation avec oesophagite stade 2. exploration colique normale
- * vertige neurosensoriel par déficit vestibulaire lié à l'âge (07)
- * led (lupus erythem dissemine) (08) s/ PLAQUNYL (jan 08). Arrêté en fév 08 en raison de C.I oculaires
- * gammopathie monoclonale - Pic monoclonal de type IgG lambda de signification indéterminé (2010)

0 G / 0 P

Ménopausée depuis 1980

Antécédents familiaux :

- * ostéoporose chez la mère.
- * IDM chez le père.

Allergie : diclofénac sodique

* clonazépam (troubles digestifs)

* Morphine (vomissements)

Eléments de l'histoire clinique :

Plan de soins:

DTP / 10 ans (10) > 2020

grippe 14 ok

ECG (fév 15)

Cs cardiologue (sept 13)

Cs médecine interne (nov 09 - janv 10)

Cs dermatologue (14)

Bilan rénal + iono + EPS (aout 14)

Problèmes en cours :

* **Myocardiopathie dégénérative** (ALD 2007) avec FEVG=21%(07).

Cs cardiologue (avr 15) - ECG: RRS-BBG / ETT: MCP dilatée évoluée-Akynésie ant-hypocinésie diffuse-FEVG 30%-IM grade1-Pas d'HTAp

ECG (fév 15): RRS - BBG complet - aspect stable - Pas de signe d'HVG

Biologie (aout 14): Na=142 K=4.5 Gly=0.90 DFG=70.88 ml/mn Pr/Cr=15.27 Sg=0 Hb=12.9 GB=4770 Plaq=241

EPS=lg monoclonale Lambda stable

* **Polyarthralgie chronique invalidante** essentiellement sur les ceintures et du rachis.

Bilan 2008 en faveur d'une maladie lupique (ALD 2008). s/ PLAQUENYL (Dr Condemine - janv 08).

Traitement en cours: Arrêt du Plaquenyl[®] suite à C.I ophtalmologique (février 08). Essai cortisone (janv 08). Echec cortisone. Essai kétoprofène (juillet 08) avec doublement dose IPP. AINS non supporté (sept 08). Essai morphine (sept 08). vomissements. Essai fentanyl (sept 08). Arrêt et finalement reprise paracétamol+codéïne (oct 08)

Cs Médecine interne (nov 09 -Janv10 - Dr Durupt - CHLS): Polyarthralgies d'étiologie incertaine - Bilan hospitalier faisant rediscuter le diagnostic de LED

Bilan de suivi (fev 14): Hb=12.7 GB=5370 Plaq=240 EPS=lg monoclonale Lambda - Protéinurie BJ négative - Rx squelette axial normal: Pas de signe évocateur de myélome

Biologie de surveillance: cf MCP

***DMLA** (02/2010) Sévère - altération profonde de l'AV < 3/10 OG et OD - Suivi organisé avec photothérapie dynamique et injection intravitréenne d'anti VEGF (Dr Colasse-Martinot - LYON)

* **Hernie hiatale** avec oesophagite grade 2 (99 et récidence en 07). s/IPP continu. Anémie ferriprive s/apport en fer intermittent. s/IPP oméprazole 20 puis 40 mg/jour

* **Vertiges paroxystiques** (07) par déficit vestibulaire bilatéral lié à l'âge. Bilan ORL dont VNG normal en mai 2007. Potentiels otolithiques absents des 2 côtés. Rééducation proprioceptive (juillet 08) avec une bonne efficacité.

* **Syndrôme des jambes sans repos** (nov.08). Devant l'innéficacité de tous les traitements antalgiques, essai Ropinirole 2mg, avec une bonne efficacité clinique (déc.08). Réapparition des douleurs à l'arrêt (mars 09) poursuite du traitement même dose (avril 09) - stop en janvier 2013

OBSERVATION : 13/02/2015

[Motif] myocardiopathie ischémique

Cliniquement dyspnée stade III avec bradypnée expiratoire discrètement sifflante. Patiente bien colorée, bien tonique. Bonne saturation en air (96 %). Auscultation cardiaque régulière avec un souffle mitroaortique connu stable. Pas de signe évident d'insuffisance cardiaque... Pseudo-asthme probable.

A l'ECG ce jour rythme régulier sinusal, aspect de bloc de branche gauche complet. Tracé superposable aux précédents. On demande une évaluation cardiologique, la dernière remontant à 2011 et concluant à une myocardiopathie dilatée d'origine ischémique avec une altération modérée et bien compensée et de la fraction d'éjection ventriculaire gauche.

Biologie :BIOLOGIE : 25/08/2014

bioserveur

VITALI LUCIENNE -

Numeration 4.32 3.91 5.22 mega/mm³

Hemoglobine 12.90 11.80 15.50 g/100ml

Hematocrite 38.90 37.00 47.00 %

V.G.M. 90.00 80.00 100.00 µ³

T.C.M.H. 29.90 27.00 33.00 pg

C.C.M.H. 33.20 31.00 36.50 g%

Valeur globulaire 0.93 0.70 1.20

Numeration 4770.00 4000.00 10000.00 /mm³

Poly. Neutrophiles 48.40 20.00 80.00 %

Poly. Eosinophiles 1.50 10.00 %

Poly. Basophiles 0.80 1.00 %

Lymphocytes 39.00 10.00 80.00 %

Monocytes 10.30 15.00 %

PLAQUETTES 241000.00 154000.00 386000.00 /mm³

GLYCEMIE a jeun 5.01 4.56 6.38 mmol/L

0.90 g/L

ASPECT DU SERUM Serum clair

SODIUM 142.00 136.00 145.00 mmol/L

POTASSIUM 4.50 3.50 5.10 mmol/l

Protéines totales 69.30 65.00 79.00 g/l

Albumine 60.20 - 55.80 66.10 %

Globulines alpha 1 4.30 - 2.90 4.90 %

Globulines alpha 2 11.90 - 7.10 11.80 %

Globulines beta 1 5.60 - 4.70 7.20 %

Globuline beta 2 5.00 - 3.20 6.50 %

Globulines gamma 13.00 -11.10 18.80 %

Rapport A/G 1.73 - 1.20 1.80

/Presence d'une anomalie connue au niveau de la fraction gammag

Poids du patient 67.00 kg

Créatinine 68.00 - 44.00 80.00 µmol/L

7.70 mg/L

MDRD 70.88 mL/min/1.73

Protéinurie 75.00 mg/L

Créatininurie 4910.00 µmol/L

Rapport protéinurie/créatininurie 15.27 < 50.00 mg/mmol

SANG Absence

BIOLOGIE : 21/11/2014

bioserveur

VITALI LUCIENNE -

ASPECT DU SERUM Serum clair

SODIUM 139 - 136 145 mmol/L

POTASSIUM 4.2 - 3.5 5.1 mmol/l

Créatinine 62.0 -44 80 µmol/L

7.0 mg/L

MDRD 78.81 mL/min/1.73

Prochaine biologie annuelle en juin 2015**Traitement en cours:**

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue.
(AFFECTION EXONERANTE)

CARVÉDILOL 12,5 MG

½ comprimé le matin et le soir

ÉNALAPRIL 20 MG

1 comprimé le matin

FUROSÉMIDE 40 MG

Psologie selon protocole IC - base 40 mg/ jour

AMLODIPINE 5 MG

1 gélule le soir

CODÉINE 30 MG + PARACÉTAMOL 500 MG

Deux comprimés toutes les 6 à 8 heures en cas de douleur

PRÉGABALINE 50 MG

1 gélule le matin et le soir

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée.
(MALADIES INTERCURRENTES)

ÉSOMÉPRAZOLE 40 MG

Un par jour

GAVISCON susp buv en sachet

1 sachet-dose à la fin des 3 repas et 1 au coucher si remontées acides

PROMESTRIÈNE 1 % ; voie vaginale

2 applications par semaine

COLECALCIFEROL 200 000 UI solution buvable

1 ampoule en février 2015

OAR mois

Dr XX

ANNEXE 9 – type d'indicateurs

INDICATEURS ORGANISATIONNELS – impact sur PDSA / année 2014

	BELEY			ERRARD			GADOT			GEESEN			GENOT			IOSTI			LHENRY			VOLLERIN			Total
	18-21h	21h-00h	WE	18-21h	21h-00h	WE																			
janv	0	0	0	4	5	4	1		5	14		1	3	1	3	1	1	6	1		3			2	55
fév	3		2	11	1	3			2	1		1	2		1	1		1	2		4	3		2	40
mars	2	1	1	5	2	8	1	3	6	4		2	4		4				1		2	1	1	4	52
avril	2		1	4	4	5	2	2	1	2	1	5	2	1	3		2	5	3	2	4	1		6	58
mai			1	4		3			1	1		2			1	1	1	7	2		1			3	28
juin	3		5	10	1	8	2	1	2	4	1		3		2	1	1	4	2	1	4			2	57
juillet	1	1	2	4		7	3	1	3	3	1	2	4	1	3	2		5	3	1	2	1	2	5	57
août	3		2	5	2	4	3		3	2	1	3	1		1	3		1	2					2	38
sept	2		1	13	2	4	3	1	3	2	1	1	2		3	1		2	4						45
oct			1	6		3	1	1		2	1	2	3		4	1		1	1	1	1			2	31
nov	2		3	5		15	3		5	1		3	6		9			3	2		1			3	61
déc	2	1	1	5	3	11	2		4	3		4	4	3	6		1	1	3		1	2	2		59
Total	20	3	20	76	20	75	21	9	35	39	6	26	34	6	40	11	6	36	26	5	23	8	5	31	581

Les 8 MG du pôle (représentant plus de 16% des MG du secteur de la MMGPA) génèrent moins de 10% de l'activité de la MMGPA