



COLLABORER AVEC UNE IPA

Peux-tu te présenter ?

Je suis un médecin généraliste libéral de 62 ans, installé depuis 1996 à Bar-sur-Seine (Aube). J'exerçais initialement en cabinet de groupe et depuis 2017, j'exerce en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) en milieu rural. Le secteur est considéré comme un désert médical, même si nous sommes implantés à côté d'un hôpital de proximité. Fin 2020, à l'initiative des professionnels du territoire, nous avons débuté un projet de CPTS sur un « petit » territoire de 23 000 habitants autour de Bar-sur-Seine.

LE TRAVAIL COORDONNÉ, UN ADN ?

Il existait déjà dans ton secteur une histoire de travail coordonné entre les libéraux... Comment as-tu eu l'idée de travailler avec une IPA ?

Cet historique a effectivement été déterminant pour l'accueil d'une Infirmière en Pratique Avancée. Une IDEL de notre MSP a souhaité déposer une candidature, et au départ, nous n'avions aucune idée des missions que nous souhaitions lui attribuer, ni s'il fallait lui trouver un bureau, etc. mais nous étions dans l'esprit du projet de santé de la MSP et de la CPTS.

Au final, deux IPA (une hospitalière et une libérale) ont effectué leur stage chez nous et pour moi, cette expérience a été "magnifique".

En plus de mon cabinet à Bar-Sur-Seine, je consulte les lundis au sein d'une résidence pour patients autonomes, depuis le départ en retraite du médecin en 2019.



Dr Jean-Paul MIR

62 ans, MG installé en libéral depuis 1996 et depuis 2017 dans une MSP à Bar-Sur-Seine (10), 3.000 habitants.

Les consultations sont ouvertes non seulement aux résidents mais également à la population du territoire qui n'a pas d'autre solution.

Cette situation devait être provisoire le temps qu'un médecin vienne s'installer, mais personne n'est venu et j'avais tendance à m'épuiser.

Puis en 2022, une IPA hospitalière est arrivée. Au départ, nous consultions ensemble, puis rapidement, l'IPA a pris une part importante dans les missions transversales de coordination avec la direction du Foyer Autonomie et avec les autres IDEL.

Au quotidien, j'ai pu constater l'intérêt du binôme médecin/IPA pour la gestion des situations complexes, mais également pour ne pas se retrouver tout seul.

Alors lorsque la deuxième IPA (libérale cette fois) s'est installée quelques mois plus tard dans notre MSP, nous avons adopté ce même fonctionnement en binôme.

C'est ainsi qu'ont émergé les missions de l'IPA sur le territoire. Depuis son entrée en fonction, notre IPA libérale pratique également dans le cadre de la CPTS sur Saint-Parres-lès-Vaudes et assure des consultations classiques d'IPA mais aussi des missions transversales.

Le binôme médecin/IPA est possible pour les situations complexes. Ces missions atypiques n'ouvrent pas droit à rémunération mais sont prises en charge par la CPTS grâce à des vacations (2 jours par semaine). Nos deux IPA ont rédigé un mémoire (Insuffisance cardiaque et gériatrie). Cet écrit nous a aidé à améliorer notre structuration, à mieux travailler sur notre logiciel.

Travaillais-tu déjà avec une IDE ASALEE ?

Oui, depuis 2019, deux infirmières ASALEE travaillent dans notre MSP et cela se passe très bien. Elles ont été très aidantes, notamment lors de la gestion de la crise COVID où leur temps de travail a été précieux. (Une interne de notre MSP a même choisi comme sujet de thèse l'apport des IDE ASALEE durant la COVID). Avant cela, l'informatisation commune des différentes professions de la MSP avait constitué un premier moteur déterminant pour expérimenter la collaboration pluriprofessionnelle. Chez nous, le logiciel est à la disposition des infirmiers et infirmières libéraux, et bien sûr des IDEL ASALEE.

Par ailleurs, l'intégration de la Microstructure a également permis un autre type de démarche décisive pour l'exercice coordonné... (mais ce point fera l'objet d'une prochaine newsletter ! NDR)

L'EXPÉRIENCE ASALEE
NOUS A DONNÉ LA
CULTURE POUR ALLER
VERS LES IPA

Quelles ont été les démarches pour aboutir à votre protocole d'organisation ?

Afin d'aboutir à notre protocole d'organisation, TOUS les médecins de notre MSP ont participé aux démarches. L'IPA a également rencontré les autres médecins du territoire pour les informer de notre projet. S'ils ne s'y sont pas opposés, ils ne nous ont pas non plus sollicités pour le moment. Il faudra sans doute encore un peu de temps. Le protocole a été proposé par notre IPA et nous l'avons validé après quelques amendements. Globalement, la formalisation ne nous a pas posé de difficultés particulières.



Gladys LAMOUREUX

Infirmière en Pratique Avancée (IPA) libérale, installée depuis 2022 dans une MSP à Bar-Sur-Seine.

ET DU CÔTÉ DES PATIENTS ?

Quel a été l'accueil de tes patients et des confrères du secteur ?

Les patients sont absolument ravis ! Il est parfois difficile d'expliquer ce qu'est une IPA car le nom n'est pas explicite : ce n'est ni un-e infirmier/infirmière, ni un médecin. Mais, une fois passés le flou dans la présentation et la mise en œuvre des premières missions, les choses se mettent en place. Notre IPA a déjà une belle expérience de l'exercice libéral. Elle est très pointue et s'en sort très bien avec les patients. Elle m'étonne (positivement) au niveau de ses compétences et connaissances.

QUELLE INTÉGRATION AUPRÈS DES AUTRES PROFESSIONNELS ?

J'ai l'habitude d'un suivi partagé de mes patients, impliquant les internes et mes confrères de la MSP. L'arrivée de l'IPA n'a pas suscité d'inquiétude.

L'exercice de l'IPA avec les patients suivis conjointement s'inscrit dans la durée, renforçant et organisant les liens avec les professionnels, les structures médicales telles que les infirmiers, l'hôpital ou les aides à domicile, les aidants. Au quotidien, le duo IPA/médecin s'est avéré très bénéfique pour gérer les situations complexes, les sorties d'hospitalisation et l'accueil de nouveaux patients en ALD sans médecin traitant. Je peux affirmer ne jamais me sentir isolé, et c'est également vrai pour l'ensemble de l'équipe soignante.

L'intégration d'IPA au sein de notre CPTS ouvre certainement la porte à de nouvelles pratiques, à des actions de recherche en soins primaires, etc. plus ambitieux.

Voici une petite anecdote : un ami cardiologue m'a récemment félicité de ma réactivité d'adressage d'un patient pour un trouble du rythme... Je lui ai avoué que je m'étais contenté de cosigner le courrier, car le diagnostic avait été réalisé par l'IPA, qui avait constaté un rythme anormal et effectué l'ECG !

Il est à noter qu'en général, les IPA n'élaborent pas ce type de diagnostic, à la différence d'un interne SASPAS qui sera, normalement, autonome pour gérer une telle situation. Mais dans tous les cas, nous travaillons dans des bureaux voisins, ce qui facilite les échanges.

Les médecins de notre MSP ont l'habitude de l'exercice coordonné, l'intégration en a donc été facilitée. L'accueil des autres médecins du secteur demeure différent. Ils sont plus en retrait : pour certains l'exercice solitaire reste la norme.

Concernant ses collègues infirmiers et infirmières, cela a nécessité un peu de temps, l'IPA doit faire sa place dans des fonctionnements préexistants.

Notre IPA, aidée de la coordinatrice de la MSP, a réussi sa mission et a su trouver sa place.

QUEL IMPACT FINANCIER POUR QUEL BÉNÉFICE ?

Quel est aujourd'hui l'impact sur ton exercice : temps libéré, charge mentale, impact financier ?

Je n'ai pas étudié l'impact financier sur ma pratique. Mais à l'arrivée de notre IPA, il a fallu lui trouver un bureau, or le problème du manque de locaux se pose dans notre MSP. Mais nous nous sommes organisés de manière à ce qu'elle dispose a minima d'un bureau les 3 jours par semaine où elle est sur site et le fait que la CPTS prenne en charge 2 jours de vacation pour financer l'exercice hors consultation a fait le reste. Cette action est facile à valoriser au niveau de la CPTS.

CELA NE NOUS A PAS
ÉTÉ IMPOSÉ, C'EST UN
EXERCICE POUR NOUS,
ET PAR NOUS.

L'exercice du médecin est parfois solitaire, difficile, notamment dans les situations complexes et on ne peut pas solliciter les confrères pour tout : ce n'est pas évident d'obtenir un transport, une imagerie, d'hospitaliser.

Le travail avec une IPA constitue un moyen de lutter contre l'isolement, la lassitude, l'épuisement, la démotivation. Cela rend l'exercice plus satisfaisant, plus valorisant. C'est une source de réconfort !

Si cela fonctionne « trop bien » et si nous voulons un jour élargir et trouver une nouvelle IPA, nous rencontrerons surtout des problèmes de locaux. Heureusement, chez nous, les élus locaux sont acquis à la question d'élargissement des locaux de la MSP.

Peux-tu décrire le parcours patient : mode d'entrée, protocoles particuliers de prise en charge ?

Normalement il s'agit de patients chroniques stabilisés. En consultation, le médecin leur propose de rencontrer l'IPA, la coordinatrice peut alors fixer un rendez-vous sur l'agenda en ligne partagé.

Voici un exemple très parlant quant au rôle que peut jouer un-e IPA dans la mise en place de protocoles : un chef de service de diabétologie vient effectuer des RCP à la MSP et à la CPTS. Notre IPA a vu avec lui un patient allophone et diabétique en situation de précarité sociale.

Le diabétologue a alors demandé si l'on pouvait faire de même avec un patient sortant du service mais sans médecin traitant. Des membres de la CPTS ont alors travaillé à un protocole spécifique, visant à établir le fonctionnement suivant : avant la sortie d'un patient du service de diabétologie et en l'absence de médecin traitant désigné, l'IPA contacté-e, recueille les informations nécessaires à la poursuite de la prise en charge.

Il ou elle contacte également les IDEL afin de préparer la sortie, et rencontre le patient rapidement après sa sortie pour une évaluation sociale, gériatrique, clinique et paraclinique.

Puis, dans un deuxième temps, afin de faciliter la recherche d'un médecin traitant, elle coordonne les différents acteurs. Ainsi, les IDEL ne se retrouvent pas seul-es avec un patient sans médecin traitant.

On peut ensuite proposer au médecin qui l'accepte, que la consultation suivante soit réalisée avec l'IPA, pour faciliter le travail de prise en charge de ce nouveau patient (sinon, les informations sont transmises au MT par messagerie sécurisée). Là non plus, le médecin qui accepte ce nouveau patient ne sera pas seul : il peut voir le patient en alternance avec l'IPA.

De fait, il est déchargé du lourd travail de recueil initial d'informations, de coordination avec les IDEL, le SSIAD et l'hôpital de proximité... Des liens de confiance peuvent même s'établir avec les services hospitaliers (des membres de la CPTS ont prévu des échanges sur site avec l'équipe hospitalière signant le protocole et une formation sur l'interprétation de la cétonémie a été réalisée).

Recommanderais-tu ce mode d'exercice à des consœurs ou confrères ?

C'est évident ! Je crois que le truc, c'est que des IPA vont arriver dans un système dans lequel l'exercice coordonné n'est pas évident. Il serait décevant de ne pas saisir une telle opportunité...

Si tu devais changer quelque chose ou mettre en garde contre des pièges à éviter ?

Je ne vois pas de piège à proprement parler pour le médecin traitant. La difficulté consiste peut-être à s'approprier le dispositif, notamment s'il n'y a pas de culture de l'exercice coordonné.

Il faut savoir prendre le temps, et dépasser nos barrières psychologiques. Pour que cela fonctionne, le médecin comme l'IPA doivent y trouver leur compte. La coordination est essentielle et pour y parvenir, il faut réussir à dégager du temps. Pour cela, la proximité géographique constitue un plus. Le dispositif doit se coconstruire en fonction des besoins de chaque équipe.

Mon conseil serait de voir le patient à deux, de temps en temps. Je ne pense pas que cela soit prévu au niveau de la nomenclature, mais le retour engendre aussi une excellente expérience. Nous accordons nos violons, cela rassure le patient qui se sent pris en charge par l'équipe et ainsi, nous ne sommes plus isolés !

Une fois encore, et pour conclure, je dirai que ce n'est pas un cadre qui nous a été imposé.

RIEN NE PEUT NI NE
DOIT SE FAIRE POUR
NOUS, SANS NOUS.

*Propos recueillis par Dr François-Xavier SCHELCHER,
pour le Collège des médecins généralistes de l'URPS
ML Grand Est le 26/05/2023*

URPSML
Médecins Libéraux
GRAND EST