

Intitulé du protocole : « Consultation infirmier sommeil pour le suivi thérapeutique des patients présentant un Syndrome d'Apnée du Sommeil Obstructif (SAOS) sévère »

Coordonnées équipe promotrice (nom, service, DMU, site GHU):

Dr ROTENBERG Cécile
Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles du Pr PLANES
DMU NARVAL
Hôpital AVICENNE – HUPSSD

Mme LETOURNEL Murielle
Cadre de Santé
Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles du Pr PLANES
DMU NARVAL
Hôpital AVICENNE – HUPSSD

Pr PLANES Carole
Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles du Pr PLANES
DMU NARVAL
Hôpital AVICENNE – HUPSSD

Fiche projet coopération interprofessionnelle validée le :

Envoi protocole de coopération à la task-force du Copil le :

Projet de protocole local de coopération inter professionnelle APHP

Fondé sur les **exigences de qualité et de sécurité** des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039684544/> et après **s'être assuré du caractère dérogatoire des actes décrits** dans le protocole

- *Respecter les recommandations de bonnes pratiques HAS*
- *Définir la nouvelle modalité d'intervention et les décisions prises par le délégué, sans participation du délégant, par exemple :*
 - *Pour un examen clinique : poser son indication, le réaliser, l'interpréter ou encore définir la conduite à tenir en fonction des résultats ?*
 - *Pour une consultation de suivi : décider de son opportunité, détecter et interpréter des signes cliniques, décider des orientations du patient, poser l'indication d'un examen à réaliser, réaliser une prescription, adapter un traitement ou le renouveler ?*
 - *Pour un acte technique : poser son indication, le réaliser, l'interpréter ou décider de la conduite à tenir en fonction des résultats ?*
- *Les critères d'éligibilité et de retrait des patients, la qualification des professionnels et les conditions d'expérience professionnelle et de formation complémentaire en rapport avec les actes et activités délégués*
- *Définir le processus de prise en charge des patients : modalités d'inclusion, étapes d'intervention des professionnels de santé, modalités de transmission des informations à l'ensemble des intervenants concernés, situations justifiant la réorientation du patient vers le délégant*
- *Définir les modalités d'information du patient et de partage des données de santé*
- *Déterminer les conditions d'organisation de l'équipe : disponibilité du/des délégués, gestion des risques*
- *Déclarer les professionnels de santé de leur engagement dans la démarche de coopération*

I	1. Intitulé du protocole	Consultation infirmier sommeil pour le suivi thérapeutique de patients porteurs de Syndrome d'Apnée du Sommeil Obstructif (SAOS) sévère	
II	2. Présentation générale du protocole et de son contexte de mise en œuvre	<p><u>Objectifs de mise en œuvre (répondant à un besoin de santé identifié) :</u></p> <p>1) Pour le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - améliorer l'offre de soins par un raccourcissement des délais de prise en charge ainsi qu'une augmentation du volume de patient concernés. - renforcer l'observance du traitement par pression positive continue (PPC) grâce à un suivi rapproché. - améliorer la tolérance du patient - disposer d'une évaluation fiable et efficiente de la prise en charge thérapeutique du patient - bénéficier d'un suivi réévalué et adapté dans le déroulé de son traitement (modifications techniques, apports pédagogiques...). - personnalisation de la prise en charge aux besoins spécifiques du patient - possible activité de télésurveillance pour limitation des venues présentielle (difficultés de déplacement de certains patients, contexte sanitaire etc...) <p>2) Pour le délégué :</p> <ul style="list-style-type: none"> - développer de nouvelles compétences et responsabilités - diversifier et valoriser le parcours professionnel de l'infirmier en intégrant la consultation à son champ d'activité ainsi que ses compétences techniques. - favoriser l'autonomie - mettre en application les apports théoriques lors de la formation sommeil <p>3) Pour le délégant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - désengorger les consultations présentielle classiques et limiter le délai d'accès à la filière sommeil par les patients - permettre au délégant de se recentrer sur son expertise sommeil (telles que la lecture des polygraphies et des polysomnographies), la prise en charge des patients à situation médicale complexe (patients poly pathologiques respiratoires et pneumologiques) - diminuer ainsi les délais d'interprétation et de restitution des interprétations. 	

		<p><u>Patients et pathologie(s) concernés par le protocole :</u> Patients atteints d'un SAOS sévère avec indication d'appareillage ventilatoire par (pression positive continue) PPC. Patients atteints et suivis pour un SAOS sévère déjà appareillé par PPC. Le SAOS sévère étant défini par un IAH \geq à 30/h et/ou retentissement clinique sévère.</p> <p>Profil clinique : Somnolence diurne excessive, céphalées, nycturie, ronflements.</p> <p><u>Intervalle d'âge des patients</u> Patient majeur, âgé de plus de 18 ans.</p> <p><u>Professionnels concernés</u> Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégants : - Médecin spécialisé sommeil, formé à la prise en charge des patients atteints de pathologies du sommeil (DIU, FST ou VAE).</p> <p>Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués : - Infirmier diplômé d'Etat ayant obtenu le Diplôme Universitaire des technologies du sommeil et de la vigilance ou « Troubles respiratoires du sommeil » - Certification en éducation thérapeutique patient (ETP) souhaitée - Approche en ethno-clinique possible en fonction du territoire et des usagers.</p> <p>Ce dispositif peut être élargi aux manipulateurs en électro-radiologie médicale (MERM) ayant une expérience au sein d'un centre de sommeil.</p> <p><u>Etablissement / structure de mise en œuvre :</u> Etablissement de santé ayant une activité spécialisée sommeil</p>	
III	<p>3. Critères d'inclusion des patients (<i>définir précisément tous les critères</i>)</p>	<p><u>Critères d'inclusion</u> <u>Critère 1</u> : Patient majeur <u>Critère 2</u> : Syndrome d'Apnée Obstructif sévère appareillé par ventilation PPC ou ayant une indication à un appareillage ventilatoire par PPC.</p>	<p>Annexe n°1 : information patient et consentement au protocole.</p>

<p>4. Critères de non-inclusion des patients (ces critères peuvent être liés à la présence de complications de la pathologie concernée ou à d'autres facteurs)</p>	<p><u>Critères de non-inclusion</u></p> <p><u>Critère 1</u> : Patient mineur <u>Critère 2</u> : Refus du patient <u>Critère 3</u> : Comorbidités telles que l'insuffisance cardiaque, apnées centrales, Syndrome obésité hypoventilation, pathologie pulmonaires chroniques y compris la BPCO, oxygénothérapie.</p>	
<p>5. Organisation de l'inclusion et modalités d'information et d'accord des patients (ou celui de l'entourage pour les mineurs et les personnes sous mesure de protection¹ si inclus)</p>	<p><u>Décrire à quel moment, comment et par qui s'effectue l'inclusion :</u></p> <p>Information transmise oralement et par écrit par le médecin référent lors de la 1ere consultation. Un document informatif écrit (Annexe 1) lui est remis et/ou à sa personne de confiance.</p> <p>Le consentement est recueilli lors de cette première consultation puis intégré au dossier médical informatisé du patient.</p> <p>En cas de refus, poursuite d'une prise en charge exclusivement médicale en consultation.</p> <p><u>Modalités d'information et de recueil du consentement</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oral <input checked="" type="checkbox"/> Ecrit</p> <p><u>Modalités de retour au délégant en cas de non inclusion :</u></p> <p>Le refus est notifié lors de cette première consultation. Dans ce cas, un rendez-vous ultérieur auprès du médecin référent sommeil est remis au décours de l'entretien.</p>	

¹ Dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4 du CSP https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/

IV	<p>6. Description synthétique par un algorithme du parcours du patient dans le cadre du protocole incluant à partir de l'inclusion toutes les étapes de prise en charge y compris les motifs de réorientation vers le déléguant</p>	<p>La première consultation est réalisée systématiquement par un médecin. L'examen de sommeil (polygraphie ou polysomnographie) est interprété par un médecin spécialisé sommeil.</p> <p>Le protocole est proposé aux patients présentant un SAOS sévère avec indication à un appareillage par PPC.</p> <p>Avec l'accord du patient et en l'absence de critère de non inclusion, le patient est adressé auprès du délégué pour la suite de la prise en charge dans le cadre du protocole. Les données d'appareillage et modalités de ventilation sont prescrites au préalable par le déléguant.</p>	<p>Annexe n° 2 : Inclusion dans le protocole et modalités de suivi.</p>
	<p>7. Liste de toutes les dérogations envisagées : lister tous les actes et activités dérogatoires aux décrets de compétences des délégués nécessaires à la mise en œuvre du protocole, de préférence selon un déroulé chronologique. Cochez la nature des documentations à faire figurer en annexe, en sélectionnant celles qui sont pertinentes à l'exercice des dérogations.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pour chaque dérogation, arbre décisionnel pour 	<ul style="list-style-type: none"> - Dérogation 1 : Consultation pour proposition d'appareillage Après décision médicale, prenant en compte les résultats et la complexité du dossier médical (notamment ses comorbidités), la 2^{ème} consultation sommeil pour initiation d'appareillage sera réalisée par l'infirmier ou le médecin spécialiste. <p>Annexe n°2</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Mise en place du dispositif d'appareillage <ul style="list-style-type: none"> - Dérogation 2 : Suivi Evaluation recommandée à 1 mois – 3 mois et 6 mois de l'appareillage puis au minimum une fois par an après la première année selon les données de suivi et/ou souhait du patient. La consultation à 1 et 3 mois est en présentiel. Les suivantes peuvent être réalisées en télé-suivi. Evaluation de l'observance, tolérance et efficacité de l'appareillage par PPC si le patient est déjà appareillé par le prestataire. Analyse du dossier médical, du traitement. Analyse de l'IAH résiduel, somnolence résiduelle et éventuels effets secondaires Rédaction du compte-rendu de la consultation sur support validé avec le déléguant. Recherche de critères d'alerte (non utilisation, IAH élevé, précarité etc.) : dans ces situations le déléguant et le prestataire sont contactés. <p>Annexe n°3 et 4</p>	<p>Annexe n° 2 : Inclusion dans le protocole et modalités de suivi.</p> <p>Annexe n°3 : Compte-rendu de consultation délégué</p> <p>Annexe n° 4 : Adaptation PPC au cours de l'entretien par le délégué</p>

	<p>guider la prise de décision du délégué</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Et le cas échéant <ul style="list-style-type: none"> - Grille d'entretien pour le recueil d'informations - Ordonnance type pour une prescription de médicament - Tableau des normes attendues... <p><i>Nb: les dérogations peuvent porter sur la réalisation d'examens cliniques ou complémentaires, la prescription d'examens ou de traitements, sans oublier celles relatives aux entretiens avec les patients et aux examens cliniques hors compétences des délégués.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dérogation 3 : Adaptation du traitement par PPC Prescrire, renouveler ou modifier le traitement de la PPC (paramétrages et interfaces) en fonction des éléments de la consultation. Dispensation de conseils sur l'appareillage Adaptation des pressions de ventilation Préparation du renouvellement de la demande d'accord préalable (DAP) avec mention des critères d'évaluation nécessaires recueillis pendant la consultation du délégué (clinique, observance, IAH, fuites). La DAP sera signée par le médecin référent. - Dérogation 4 : Aide au patient quant à la prise en charge Responsabiliser le patient dans sa prise en charge (relevés d'observance, date de renouvellement de la DAP). Rôle d'éducation et de conseil. 	
V	<p>8. Modalités envisagées pour le partage des données de santé et la coopération entre délégués et délégués.</p>	<p><u>Modes de collecte, de traçabilité et de partage des données de santé entre délégués et délégués</u></p> <p>Suivi et traçabilité dans le dossier patient Tous les consentements, les évaluations et le questionnaire de satisfaction seront intégrés dans le dossier patient informatisé (ORBIS)</p> <p><u>Dossier utilisé</u> : informatique <input checked="" type="checkbox"/> – papier <input type="checkbox"/></p> <p><u>Si dossier informatique, Identifiant et mots de passe personnels</u> : oui</p>	

	<p>9. Modalités de transmission des informations à l'ensemble des professionnels de santé concernés par la prise en charge du patient afin d'assurer la continuité des soins Prioriser un cadre sécurisé de transmission</p>	<p><u>Au médecin traitant (fréquence, contenu...)</u> Transmission des compte-rendu de consultation IDE auprès du médecin traitant lors de chaque entretien. Modèle de compte-rendu validé au préalable Annexe n°3</p> <p><u>Aux autres professionnels de santé (fréquence, contenu...)</u> Transmission des compte-rendu de consultation IDE auprès du médecin traitant lors de chaque entretien. Modèle de compte-rendu validé au préalable Annexe n°3</p>	<p>Annexe n°3.</p>
<p>VI</p>	<p>10. Conditions d'expérience professionnelle et de formation complémentaire théorique et pratique requises de la part du ou des professionnels délégués</p>	<p><u>Prérequis : qualification (diplôme) et expérience professionnelle (durée et lieu d'expérience) des délégués</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Infirmier diplômé d'Etat ayant obtenu le Diplôme Universitaire des technologies du sommeil et de la vigilance ou « Troubles respiratoires du sommeil » avec une expérience d'un an - Manipulateur en électroradiologie diplômé ayant obtenu le Diplôme Universitaire des technologies du sommeil et de la vigilance ou « Troubles respiratoires du sommeil » avec une expérience d'un an - Certification en éducation thérapeutique patient (ETP) souhaitée - Approche en ethno-clinique possible en fonction du territoire et des usagers. 	
		<p><u>Formation théorique</u> -Nombre d'heures : 10h -Compétences à acquérir en rapport avec les actes et activités délégués : Conduite de l'entretien et établissement d'un compte-rendu Evaluation de l'observance, tolérance et efficacité Apparition de critère d'alerte Annexe n°5.</p> <p>-Modalités de validation (<i>qui valide ; quel type de validation</i>) : Attestation de formation du délégué concernant les compétences théoriques et pratiques établies par le délégant.</p>	<p>Annexe n°5 Programme de formation théorique.</p> <p>Annexe n°6 Grille d'évaluation de la formation.</p>

		<p><u>Formation pratique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Nombre d'heures : 90h de formation en consultation Modalités de la formation pratique : 30h avec médecin, 30h en supervision, 30h en autonomie. - Stage requis de 2 semaines en centre de sommeil agréé SFRMS/SPLF différente de l'unité d'origine -Modalités de validation (<i>qui valide ; quel type de validation</i>) : Attestation de formation du délégué concernant les compétences théoriques et pratiques établies par le délégant. <p>Annexe 6</p>	
		<p><u>Modalités de maintien des compétences et de formation continue</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation au congrès du sommeil annuel - Activité minimum d'une vacation de consultation tous les 15 jours. - Réunions mensuelles pour bibliographie et de revue de dossiers si nécessaire 	
VII	11. Disponibilité interventions requises professionnel délégué et du	<p><u>Mode d'organisation en équipe pour assurer la disponibilité d'un nombre suffisant de délégués :</u></p> <p>Le délégant est informé devant toutes difficultés de prise en charge ou apparition de critère d'alerte (cf supra). Le délégué contrôle et valide la proposition de prise en charge et l'orientation proposées pour le patient</p> <p><u>Modalités de supervision par le délégué (<i>présentiel, ou par télésanté / téléphone</i>) :</u></p> <p>Présence physique sur l'établissement d'au moins un médecin délégué spécialisé sommeil. Mise en place d'une liste de présence et de référents au préalable afin d'être joignable par téléphone les jours ouvrés. Délégué disponible à tout moment pour répondre aux interrogations ou supervision du délégué si nécessaire. Réunions mensuelles pour revue des dossiers si nécessaire</p>	
		<p><u>Critères d'alerte par le délégué au délégué pour supervision ou réorientation, en précisant les délais de prise en charge :</u></p> <p>Inobservance du traitement (problème social, problème technique) : <4h/j</p>	

		<p>Survenue d'évènements intercurrents (pathologie cardiovasculaire type IDM, AVC, HTA non contrôlée). IAH élevé sous traitement (>10/h) ou survenue d'apnées centrales Fuites moyennes supérieures aux normes constructeurs Doute ou nécessité d'un avis spécialisé requis par le délégué → Réorientation vers le délégué. Délai de consultation <1 mois.</p>	
		<p><u>Modalités de gestion des urgences (mode de contact, délai d'intervention, conduite à tenir en cas de délégant absent ou non joignable)</u> Délégué joignable par téléphone tous les jours ouvrés après élaboration d'une liste d'astreinte téléphonique. Informé, le délégant fixe un RDV de consultation dans un délai inférieur à 1 mois. En cas d'urgence vitale, médecin de garde en réanimation (56789 DECT sur AVICENNE, 36696 DCT JVR).</p>	
VIII	<p>12. Principaux risques liés à la mise en œuvre du protocole. Procédure d'analyse des pratiques et de gestion des risques.</p>	<p><u>Risques identifiés à chaque étape de la mise en œuvre du protocole, en indiquant les mesures préventives prévues pour chaque risque identifié :</u> Annexes 3 et 4 <u>Réunions de coordination et d'analyse de pratiques délégants/délegués (fréquence, composition ...)</u> Réunion mensuelle avec présence du délégant et le délégué</p>	Annexes 3 et 4
	<p>13. Gestion des évènements indésirables (prioriser une organisation d'équipe)</p>	<p><u>Modalités de recueil des évènements indésirables</u> Recueil et recensement écrit des EI via procédure locale et inscription au sein des dossiers médicaux. Formulaire de déclaration au sein de la cellule de gestion (Direction Qualité Soins) <u>Modalités d'analyse et de traitement des évènements indésirables</u> Les EI survenus dans le cadre du protocole seront identifiés, déclarés et analysés lors CREX. Ils entraînent l'interruption du protocole de coopération. Les EIG sont suivis d'une CREX et/ou RMM.</p>	
IX	<p>14. Indicateurs de suivi (seuls les cinq indicateurs signalés par une étoile* sont</p>	<p><u>Nombre de patients effectivement pris en charge au titre du protocole*</u> : Taux d'adhésion au protocole : objectif de 85% Nombre de patients éligibles sur une année / Nombre de patients pris en charge au titre du protocole : 400/1800</p>	

	<p>obligatoires). Préciser les valeurs attendues et celles qui peuvent provoquer la suspension ou l'arrêt du protocole</p> <p><i>Nb : un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Un événement indésirable est dit grave s'il provoque un déficit fonctionnel permanent pour le patient, la mise en jeu de son pronostic vital ou son décès (source HAS)</i></p>	<p><u>Taux de reprise par le délégant *</u>: Nombre d'actes réalisés par le délégant sur appel du délégué/Nombre d'actes réalisés par le délégué : 10% (objectif)</p>	
		<p><u>Taux d'EI déclarés*</u> : <2% (objectif) Nombre d'événements indésirables déclarés*/nombre d'actes réalisés par le délégué : alerte si supérieur à 5%.</p> <p><u>Nombre d'EIG déclarés*</u> (suspension ou arrêt du protocole si >0) : objectif de 0%. Arrêt si >0.</p>	
		<p><u>Taux de satisfaction des patients (optionnel) :</u> Nombre de patients ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire / Nombre de patients inclus ayant répondu au questionnaire : objectif > 80%. Annexe n°7</p>	<p>Annexe(s) n° 7 -Questionnaire de satisfaction patient</p>
		<p><u>Taux de satisfaction des professionnels de santé* :</u> Nombre de professionnels ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire / Nombre de professionnels ayant répondu au questionnaire : objectif > 80%</p>	<p>Annexe(s) n° 8 et 8 bis -Questionnaire de satisfaction délégants / délégués</p>
		<p><u>Impact sur le résultat ou sur l'organisation des soins au regard des effets attendus :</u> Amélioration du délai de prise en charge du SAOS sévère Amélioration du délai de prise en charge des SAOS complexes Amélioration du délai de lecture des enregistrements de sommeil</p>	
<p>X</p>	<p>15. Références bibliographiques <i>(recommandations de bonnes pratiques et références réglementaires)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Recommandations professionnelles (HAS, autres recommandations reconnues, recommandations étrangères reconnues)</u> - <u>Textes réglementaires (inclure références réglementaires de l'activité habituelle de la structure, du délégué, ...)</u> - <u>Autres références bibliographiques (expériences étrangères, etc.)</u> 	<p>https://www.has-sante.fr/jcms/c_1761160/fr/apnees-du-sommeil-de-nouvelles-recommandations-de-prise-en-charge-des-patients</p> <p>https://www.has-sante.fr/jcms/c_1761818/fr/evaluation-clinique-et-economique-des-dispositifs-medicaux-et-prestations-associees-pour-prise-en-charge-du-syndrome-d-apnees-hypopnees-obstructives-du-sommeil-sahos</p>

			<p>https://www.has-sante.fr/jcms/c_2774052/fr/avis-n2017-0060/dc/sed-du-7-juin-2017-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-au-projet-d-arrete-fixant-le-traitement-des-apnees-et-hypopnees-obstructives-du-sommeil-par-dispositifs-medicaux-de-pression-continue-sur-la-liste-des-traitements-d-affections-chroniques-mentionnee-a-l-article-l-165-1-3-du-code-la-securite-sociale</p> <p>https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/apnee-sommeil/traitement-apnee-sommeil</p>
--	--	--	---

Rappel des annexes

Annexe 1	Information et consentement protocole
Annexe 2	Inclusion et modalités de suivi
Annexe 3	Compte-rendu consultation délégué
Annexe 4	Adaptation appareillage ventilatoire PPC
Annexe 5	Programme de formation théorique
Annexe 6	Grille évaluation formation
Annexe 7	Questionnaire satisfaction patient
Annexe 8 et 8 bis	Questionnaire satisfaction déléguant délégué

Annexe n°1

**Formulaire information et consentement
dans le cadre du protocole de coopération des patients atteints de SAOS sévère**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que votre prise en charge s'inscrit dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé.

Ces protocoles de coopération sont autorisés par le code de la santé publique (articles L 4011-1, L 4011-2, L 4011-3) qui a prévu leur évaluation et leur autorisation par les autorités de santé compétentes.

Ce transfert d'acte de consultation et de prescription du médecin à un(e) infirmier(e) expert(e) et formé(e) spécifiquement dans le cadre du protocole de coopération, qui a reçu un avis favorable des différentes instances du GHU Paris Seine Saint Denis et de la Haute Autorité de santé et autorisé par votre Agence Régionale de Santé.

Si vous acceptez d'être pris en charge dans le cadre du protocole de coopération « **Consultation infirmière du sommeil pour le suivi de patients appareillés porteurs de Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAOS) sévère dans un cadre strict de respect des protocoles médicaux validés** »

En cas d'interrogation il est toujours possible de joindre un médecin.

Vous avez la possibilité de refuser la réalisation de ces actes par l'infirmier(e), et de demander une réorientation vers le médecin de la structure.

Je soussigné(e) :

NOMPrénom.....

Né(e) le :/...../.....

Ayant la qualité de :

- patient majeur
- représentant légal
- personne de confiance

Déclare avoir reçu une information claire et délivrée au cours d'un entretien individuel

Nom du médecin ayant informé le patient :

- J'autorise l'infirmier(e) diplômé(e)s d'état participant au protocole de coopération à réaliser « **Consultation infirmière du sommeil pour le suivi de patients appareillés porteurs de Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAOS) sévère** ».
- Je n'autorise pas l'infirmier(e) diplômé(e)s d'état à me prendre en charge dans le cadre du protocole de coopération : « **Consultation infirmière du sommeil pour le suivi de patients appareillés porteurs de Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAOS) sévère** ». Je souhaite que ce soit le médecin spécialisé sommeil qui poursuive ma prise en charge.

Nous vous remercions de votre coopération et restons à votre disposition pour toute information que vous souhaiteriez obtenir.

Fait à :

Le :

Signature

Annexe n°2

Critère d'inclusion après première consultation délégrant et suivi thérapeutique dans le cadre du protocole de coopération des patients atteints de SAOS sévère

1^{ère} Consultation Sommeil auprès du délégrant - médecin spécialisé Pneumologie ou Physiologiste titulaire du DIU Sommeil.

SAOS sévère

Indication et modalités d'appareillage posées par le délégrant

Critères de non inclusion

- Comorbidités :
Insuffisance cardiaque non contrôlée ou Fe<45%
Apnées centrales, Syndrome obésité hypoventilation,
BPCO
- Refus du patient
- Patient mineur

Oui

Poursuite d'une prise en charge médicale auprès du délégrant

Non

**Proposition d'inclusion dans le protocole de coopération.
Modalités d'appareillage et interface initiales prescrites au préalable par le délégrant.**

**Suivi à 1, 3 et 6 mois de l'appareillage ventilatoire.
Puis au minimum 1 an après la 1^{ère} année.**

**RDV systématique auprès du délégrant à 3 ans de suivi
ou plus tôt si nécessaire.**

Si critère d'alerte :

- Evènement cardiovasculaire récent
- Apnées centrales
- Observance <4h/j persistante
- Somnolence résiduelle
- IAH élevées (>10/h)

**Discussion du dossier médical avec le délégrant.
+/- RDV auprès du délégrant dans un délai <1 mois**

Annexe n°3

**Compte-rendu de consultation par le professionnel délégué
dans le cadre du protocole de coopération des patients atteints de SAOS sévère**

1- IDENTITE PATIENT

NOM Prénom

Date de naissance :/...../.....

IPP

2- DATE DE CONSULTATION :/...../.....

3- CONTEXTE :

Téléconsultation

Consultation présentielle

4- MODE DE VIE :

Profession.....

Horaires de travail.....

Modalités de déplacements.....

5- CLINIQUE :

Poids :kg et Taille :cm

Symptômes en lien avec le syndrome d'apnée du sommeil

Somnolence diurne

Ronflements sévères et quotidiens

Sensations d'étouffement ou suffocation

- Fatigue diurne
- Nycturie
- Céphalées matinales

Effets indésirables potentiels

- Sécheresse buccale
- Atteinte cutanée
- Aérophagie
- Obstruction nasale
- Ouverture buccale sous PPC

6- APPAREILLAGE VENTILATOIRE ET DONNEES DE SUIVI

- Observance : heures par jour
- Observance :% jours d'utilisation
- P90%-P95% :

- Index Apnées Hypopnée (IAH) résiduel : par heures
- Fuites : litres par minute
- Apparition d'évènement intercurrent notable , préciser :

7- PRESCRIPTION. Date de fin de validité de la DEP :/...../.....

8- PROCHAIN RDV :/...../.....

9- MODIFICATIONS APPORTEES (s'il y a lieu) :

.....

.....

.....

.....

10- CONCLUSION

.....

.....

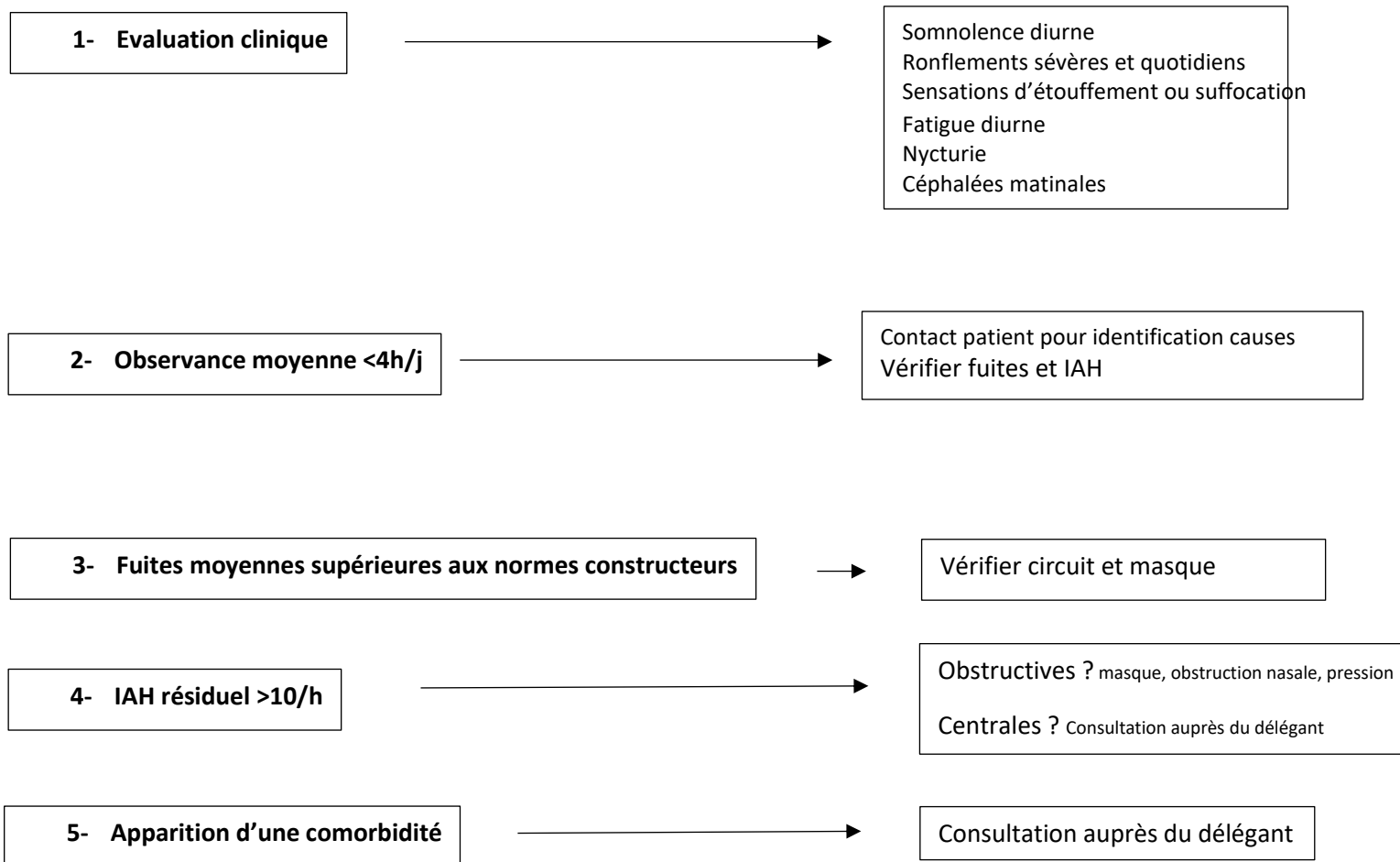
.....

.....

Annexe n°4

Adaptation du traitement de ventilation par PPC (Pression positive continue) au cours de l'entretien réalisé par le professionnel délégué dans le cadre du protocole de coopération des patients atteints de SAOS sévère

Evaluation de la tolérance, observance et efficacité au cours du suivi auprès du délégué



Annexe n°5

**Formation requise par le professionnel délégué
dans le cadre du protocole de coopération des patients atteints de SAOS sévère**

Formation théorique

- **Stratégie thérapeutique des troubles respiratoires du sommeil SAOS : 2h**

Compétences :

Connaître la physiopathologie du SAOS. Connaître les modalités et principes thérapeutiques du SAOS : indications, appareillage (ventilation et interface), thérapie cognitivo-comportementale.

- **Principe de la polygraphie ventilatoire et polysomnographie. Exemples de tracés : 1h30**

- **Aspects cliniques du SAOS de l'adulte : 2h**

Compétences :

Identifier les critères d'inclusion et de non inclusion.

Conduire un entretien en consultation.

Connaître les données d'interrogatoire et d'évaluation clinique (de SAOS, de tolérance et d'efficacité). Identifier les situations cliniques à risque (comorbidités, critère d'alerte)

- **Analyse et interprétation des rapports de PPC : 1h30**

Compétences :

Lire et interpréter les rapports de ventilation afin d'analyser l'observance, efficacité.

- **Dispositifs de ventilation et interfaces : 1h30**

Compétences :

Savoir reconnaître et utiliser les appareillages de ventilation et interfaces existants.

Connaître leurs avantages et/ou inconvénients pour proposer une thérapeutique la plus adaptée possible au patient.

- **Syndrome des jambes sans repos : 30min**
- **Ronflement et SAOS : 30min**
- **Insomnie de l'adulte : 30min**

Compétences :

Étendre les connaissances aux pathologies fréquemment rencontrées lors de la prise en charge du SAOS pour pouvoir transférer la prise en charge au délégant si nécessaire.

Validation

- Examen oral (30min)
- Examen écrit (1 question sur chaque thème abordé soit 8 QCM)
- Grille d'évaluation des compétences acquises pour l'ensemble des items

Annexe n°6

**Grille d'évaluation de la formation requise par le professionnel délégué
dans le cadre du protocole de coopération des patients atteints de SAOS sévère**

	<u>Acquis</u>	<u>Non acquis</u>	<u>En cours</u>
- Connaître la physiopathologie du SAOS Epidémiologie, symptomatologie, retentissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Connaître les modalités thérapeutiques du SAOS :			
o Indications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Modalités et système d'appareillage de ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Identifier les critères d'inclusion et de non inclusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Conduire un entretien en consultation			
o Connaître les données d'évaluation clinique du SAOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Savoir évaluer la tolérance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Savoir évaluer l'efficacité clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Identifier les situations cliniques à risque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Savoir expliquer les principes thérapeutiques au patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Analyse et interprétation des rapports de PPC Evaluation de l'observance et de l'efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dispositifs de ventilation et interfaces			
o Savoir reconnaître et utiliser appareillages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Connaître les avantages et/ou inconvénients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Validation</u>			
- Examen oral (30min)			
- Examen écrit (1 question sur chaque thème abordé soit 8 QCM)			
- Grille d'évaluation des compétences :			
- Compétences acquises pour l'ensemble des items			

Annexe 7 : Questionnaire Satisfaction Patient

dans le cadre du protocole de coopération des patients atteints de SAOS sévère

ACCUEIL :

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant

Précisez :

ATTENTE : Notez de 0 à 10 en fonction de votre degré de satisfaction (10=très satisfait)

- Temps d'attente :
- Lieu d'accueil/locaux : Propreté
- Luminosité
- Confort

Délai d'obtention d'un rendez-vous : Rapide

Raisnable

Long

Trop long

Prise en charge en consultation IDE :

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant

Prise en charge de votre pathologie du sommeil :

Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre trouble du sommeil ? OUI

NON Précisez :

Estimez-vous les informations données sur votre pathologie ?

Très suffisantes Suffisantes Insuffisantes

Lors de votre prochain rendez-vous, préférez-vous voir un médecin ?

OUI

NON Précisez :

Annexe 8 : Questionnaire de satisfaction du délégué
dans le cadre du protocole de coopération des patients atteints de SAOS sévère

1- Concernant la mise en place du protocole de coopération, vous êtes :

- Satisfait
- Non satisfait, préciser:

2- Concernant les actes dérogatoires, vous êtes :

- Satisfait
- Non satisfait, préciser:

3- Concernant la formation reçue, vous êtes :

- Satisfait
- Non satisfait, préciser:

4- Concernant votre autonomie dans la prise en charge, vous êtes :

- Satisfait
- Non satisfait

5- Concernant la disponibilité du ou des délégants, vous êtes :

- Satisfait
- Non satisfait, préciser:

6- Concernant la prise en charge des patients au sein du protocole, vous êtes :

- Satisfait
- Non satisfait, préciser:

7- Concernant la charge de travail en lien avec le protocole de coopération, vous en êtes :

- Satisfaisant
- Non satisfait, préciser:

8- Auriez-vous des précisions afin d'améliorer la mise en application du protocole de coopération en cours ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 8 bis : Questionnaire de satisfaction du délégit
dans le cadre du protocole de coopération des patients atteints de SAOS sévère

- 1- Concernant la mise en place du protocole de coopération, vous êtes :
 - Satisfaisant
 - Non satisfait, préciser:

- 2- Concernant les actes dérogoitres, vous en êtes :
 - Satisfaisant
 - Non satisfait, préciser:

- 3- Concernant la formation du délégit, vous en êtes :
 - Satisfaisant
 - Non satisfait, préciser:

- 4- Concernant le taux de reprise par le délégit, vous en êtes :
 - Satisfaisant
 - Non satisfait, préciser:

- 5- Concernant la prise en charge des patients au sein du protocole, vous en êtes :
 - Satisfaisant
 - Non satisfait, préciser:

- 6- Concernant la modification de la charge de travail en lien avec le protocole de coopération, vous en êtes :
 - Satisfaisant
 - Non satisfait, préciser:

- 7- Auriez-vous des propositions afin d'améliorer la mise en application du protocole de coopération en cours ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....