



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

LES PROTOCOLES PLURI-PROFESSIONNELS UN OUTIL DE COORDINATION

20 FÉVRIER 2024

SOMMAIRE

01

DÉFINITION DU PROTOCOLE PLURIPROFESSIONNEL

02

L'ÉQUIPE DANS L'ÉLABORATION DU PROTOCOLE

03

LA RÉDACTION DU PROTOCOLE

04

LA DÉMARCHE QUALITÉ

1.

DÉFINITION DU PROTOCOLE PLURIPROFESSIONNEL

Définition du protocole pluri-professionnel

Un **protocole de coopération** (article 51 ou hors article 51) qui organise le transfert d'actes et d'activités à un autre professionnel.

A noter que le protocole de coopération > délégation d'actes à un autre professionnel validée par la HAS et l'ARS.

Le protocole pluri-professionnel doit rester dans le champ de compétences de chaque professionnels de santé.

Définition du protocole pluri-professionnel

Le protocole pluri-professionnel c'est :

Un **projet réalisé par et pour l'équipe pluri-professionnelle** de la MSP, au service de la prise en charge des patients.

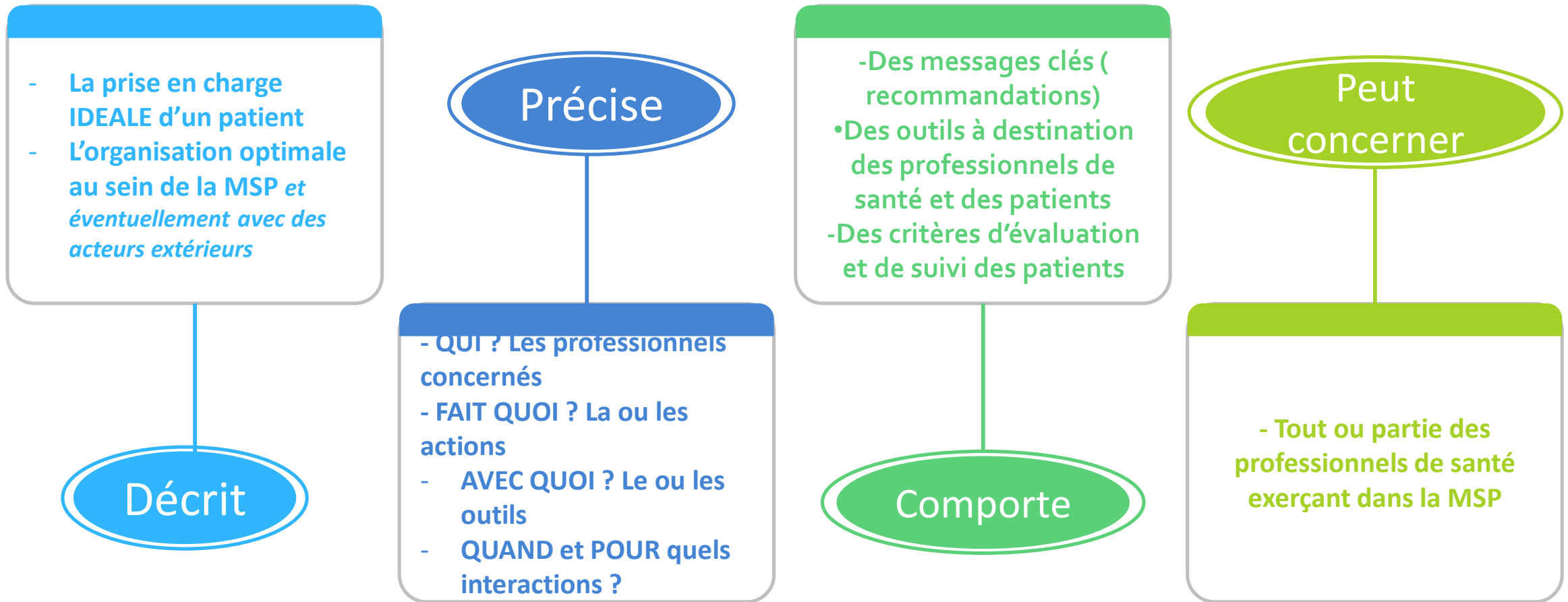


Un **outil synthétique, simple et structuré.**



Un **guide** pour les professionnels de votre MSP.

Les caractéristiques du protocole pluri-professionnel



Les objectifs du protocole pluri-professionnel

Un protocole pluriprofessionnel traduit la volonté partagée d'associer des compétences médicales, soignantes, médico-sociales pour mieux prendre en charge une situation concernant une ou des maladie(s) aiguë(s) ou chronique(s). Il répond à un problème pluriprofessionnel identifié par une équipe, au sein d'une structure de soins ou sur un territoire. (HAS)

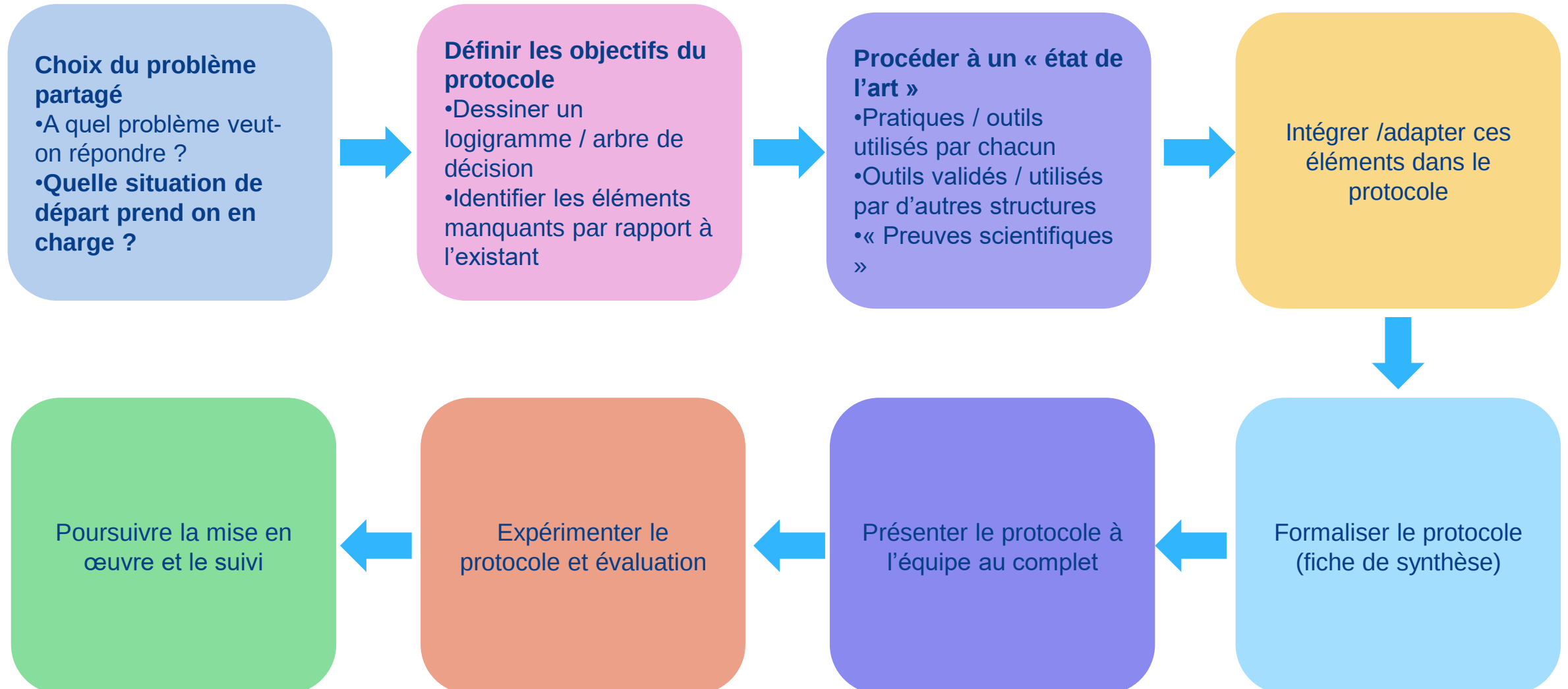
Ces objectifs sont de : 

Créer du lien entre les professionnels de santé dans l'élaboration du protocole
Connaître les **compétences et le rôle** de chacun sur une pathologie ou dans une organisation
Réactualiser ses connaissances sur la pathologie, sur la législation...
Prévoir ou trouver des **solutions face à des situations problématiques**
Harmoniser son discours et ses pratiques face au patient (un même discours logique...)
Améliorer la prise en charge des patients
Réduire les risques et les complications
Découvrir des partenaires et les associer dans la démarche

2.

L'ÉQUIPE DANS L'ÉLABORATION DU PROTOCOLE

La place de l'équipe dans l'élaboration du protocole



3.

LA RÉDACTION DU PROTOCOLE

La rédaction du protocole : 1ere étape

La fiche d'identité



La fiche d'identité représente la partie **principale** du protocole.

Elle compile tous les **éléments et renseignements utiles** à la **compréhension** et à la **mise en œuvre** d'un protocole pluri-professionnel.

Concrètement c'est quoi ? 

- Un résumé de votre protocole pour en prendre rapidement connaissance
- Un rappel du contexte dans lequel s'inscrit votre protocole
- Un ensemble d'informations utiles et essentielles pour mettre en œuvre le protocole
- Un outil pour diffuser et expliquer votre protocole
- Un document qui vous servira à justifier de la réalisation de votre protocole auprès de l'Assurance Maladie.

La rédaction du protocole : 1ere étape

Les éléments qui doivent figurer dans votre protocole :

- Un titre (clair, concis): le titre dit exactement ce sur quoi porte le protocole
- La date de création ou la date de modification
- L'objectif général et les objectifs stratégiques et opérationnels
- Public concerné : population cible
- Les outils annexes (recherche documentaire)
- Liste des documents référencés (recherche bibliographique)
- Liste des professions ou services et structures impliqués dans la prise en charge
- L'évaluation (date de l'évaluation et méthodes)
- Les rédacteurs et la validation

Présent dans la
fiche d'identité

Description de la prise en charge ou de l'organisation:
Qui fait quoi ? Avec qui ? Quand ? Comment ? Avec quoi ?

Présent dans le
corps du protocole

La rédaction du protocole : 2eme étape

Le corps du protocole



C'est l'outil de prise en charge !

Il est synthétique, visuel, simple et structuré,

C'est un schéma qui indique l'ensemble des actions à réaliser et la manière de les effectuer.

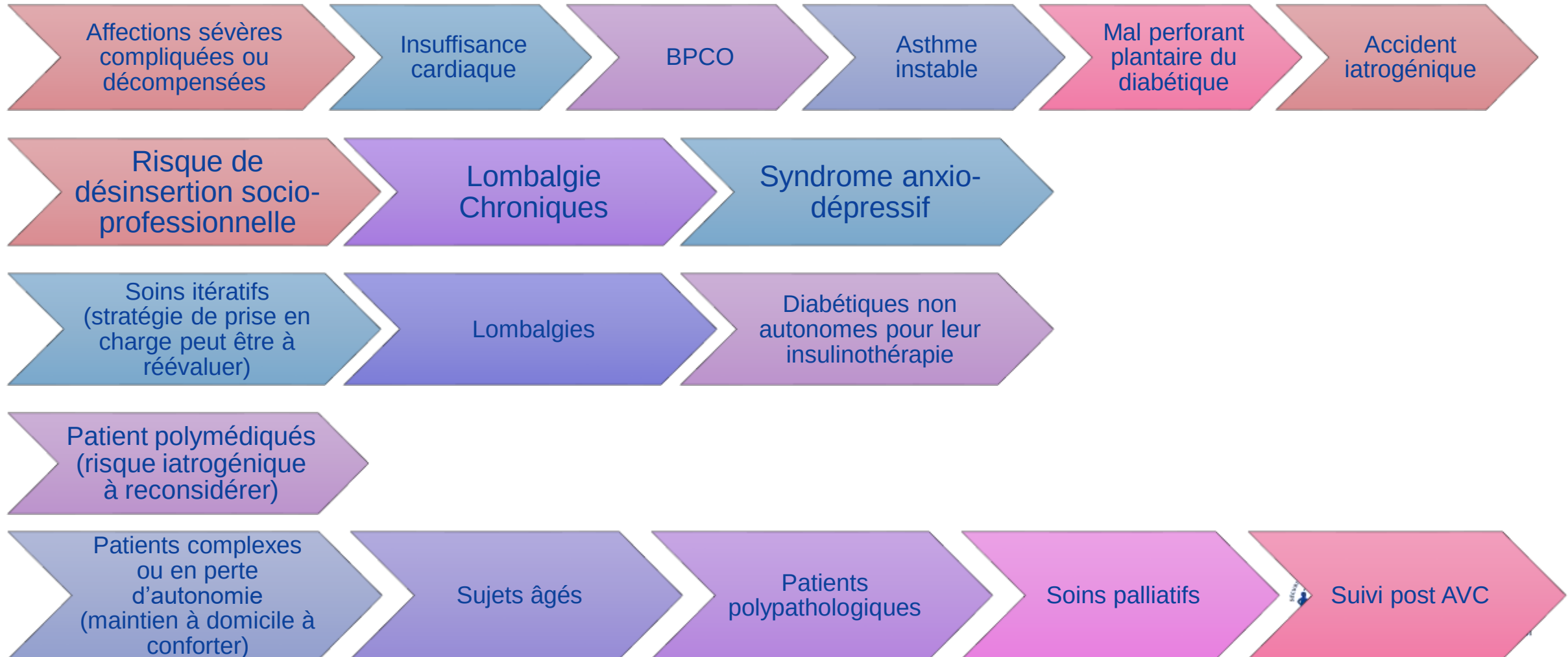
Il explique la prise en charge ou l'organisation définie, il est compris par l'ensemble des professionnels de santé, ordonné et validé par tous.

La rédaction du protocole : 2eme étape

Méthode
QOQCP

QUI	QUOI	COMMENT
Quel professionnel est en charge de l'action ?	<pre>graph TD; A[Quelle situation de départ ?] --> B[Quelle observation, action?]; B --> C{Quel résultat ?}; C -- Non --> D[FIN]; C -- Oui --> E[Quelle observation, action?]; E --> F[Quelle observation, action?]; F --> G[Quelle situation finale ?];</pre>	Fiche ? Questionnaire ? Indicateurs de suivi ? Logiciel SI ? Document d'information ?

Les thématiques prioritaires



L'Accord Conventionnel Interprofessionnel

Pour l'atteinte de cet indicateur :

- 1 seul protocole élaboré suffit pour être rémunéré
- 100 points par protocoles (1 point = 7 euros)
- Maximum de 8 protocoles valorisables
- Echange annuel avec la CPAM
- Le protocole est évolutif, il doit être périodiquement ajusté et amélioré par l'usage et transmis

4.

EXEMPLE CONCRET DE PROTOCOLE

Exemple de protocole

Mission 1 : Perte d'autonomie et maintien à domicile

PROTOCOLE : Prévention de la perte d'autonomie et maintien à domicile des personnes isolées

I- ELEMENTS INTRODUCTIFS

Date de création : Septembre 2022

Date de révision : à renseigner à chaque modification du protocole

Référents :

Objectif Général : Détecter et ralentir la perte d'autonomie, proposer une meilleure coordination des soins afin de favoriser le maintien à domicile des personnes isolées

Objectif Secondaire : Fédérer les professionnels de santé et les structures de proximité autour de la prise en charge des personnes âgées

Liste des professions impliquées dans la prise en charge :

- Médecins généralistes
- Infirmière
- Diététicienne nutritionniste
- PAT
- DAC
- Ehpad
- CH
- SSIAD
- CCAS

Contexte :

Le vieillissement s'accompagne souvent d'une **perte d'autonomie**, les personnes ne peuvent plus réaliser toutes les tâches du quotidien seules. Aujourd'hui, **près de 90% des Français souhaitent vieillir chez eux**. Concilier ce désir avec la perte d'autonomie nécessite une prise en charge pluridisciplinaire basée sur un repérage précoce de la perte d'autonomie et un suivi coordonné entre les acteurs (professionnels libéraux, services d'aide à domicile...).

Population cible : personnes âgées et/ou isolées, **Âge ≥ 75 ans**

Évaluation :

- o Nombre de patients repérés
- o Nombre de bilans nutritifs réalisés
- o Nombre de patients adressés vers un bilan gériatrique complet
- o Nombre de patients adressés vers des dispositifs d'aide (PAT et DAC)
- o Nombre de patients orientés vers des ateliers de prévention
- o Nombre de patients orientés vers de l'activité physique adaptée
- o Nombre de déplacements à domicile effectués
- o Nombre de RCP cas complexe réalisées
- o Nombre de PPS actualisés

Lieu de consultation du protocole : logiciel Weda

Date prévue d'actualisation : 1 an après la mise en route du protocole

Synthèse projet

- o **TRAITER LA FRAGILITE**
 - = CAUSE FREQUENTE D'HOSPITALISATIONS ET SOUS-DIAGNOSTIQUEE
- o **PREVENTION DE LA DEPENDANDE**
 - MAINTIEN A DOMICILE
- **ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE :**
 - o Renforcer des mesures de prévention telles que l'identification précoce et la prise en charge des grands syndromes gériatriques « générateurs » de dépendance fonctionnelle.
- ✓ Repérage de la fragilité de la personne âgée :
 - o Par les 4 médecins généralistes : évaluation gériatrique standardisée
 - Autonomie fonctionnelle : ADL/IADL
 - Nutrition : MNA, bilan biologique
 - Thymie : mini GDS, HADS
 - Autonomie cognitive : MMSE, IRM cérébrale
 - Troubles du comportement : NPI
 - Troubles de la marche et risques de chute : Up and Go Test, test unipodal
 - Troubles sensoriels : évaluation ORL/ophtalmo
 - Douleur : évaluation numérique de la douleur, neuropathie (DN4)
 - Evaluation sociale : précarité, isolement, problème d'alcoolisme
 - o Notre IDE : visite à domicile de la personne âgée isolée, à mobilité réduite, téléconsultations assistées avec un des médecins
 - o Et la pharmacie : repérage +++, énorme flux de patients quotidiens



Protocole
d'organisation,
similaire à la fiche
action de mission de
SP



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Exemple de protocoles



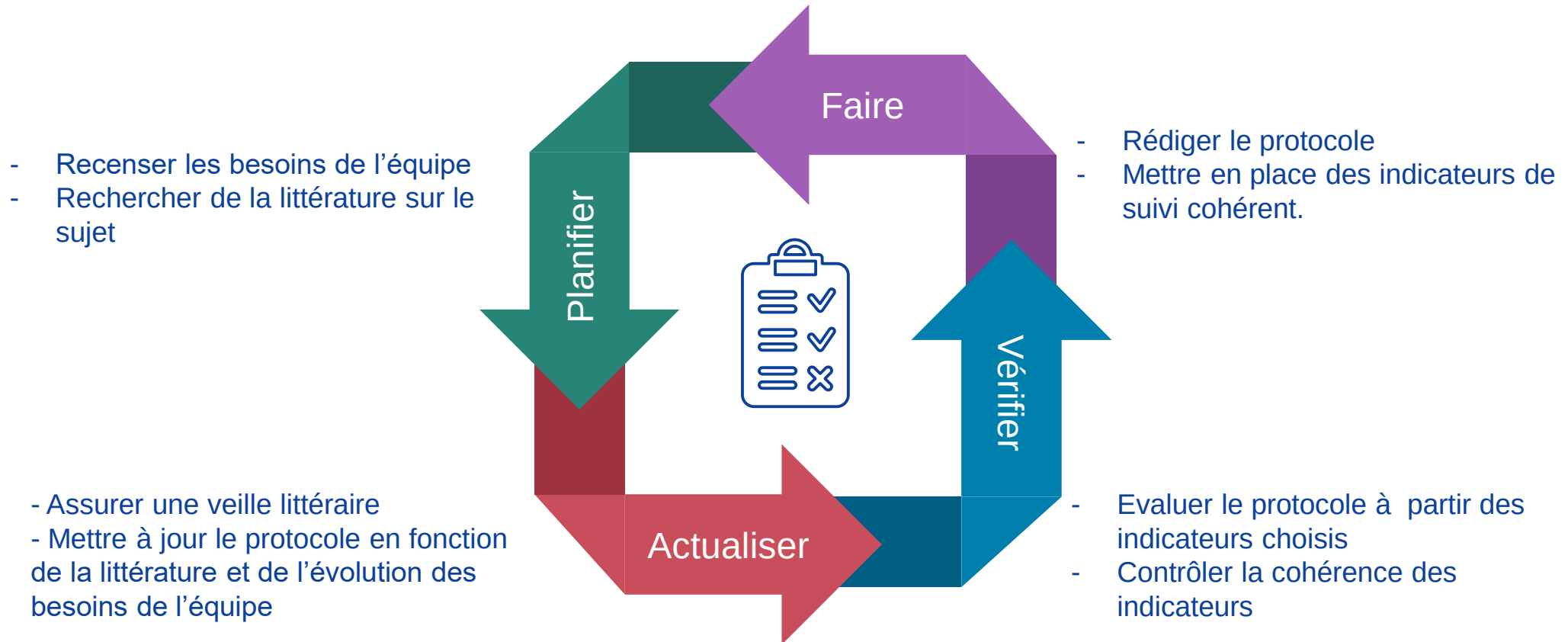
Cadre de la coopération entre les professionnels

PHASES	ROLE DES ACTEURS	MOYENS/OUTILS
Repérage des patients à risque de perte d'autonomie à leur domicile ou en consultation	Médecins généralistes et infirmière : repérage des patients fragiles/vulnérables dans le cadre des consultations en cabinet ou à domicile, en fonction de signaux d'alerte identifiés	- Grille de repérage des patients fragiles/vulnérables
Réalisation, si besoin, d'exams complémentaires	Médecins généralistes : - Orienter les patients repérés à risque vers un bilan nutritif - Orienter les patients à risque vers un bilan gériatrique complet et une consultation mémoire (CH d'Argenteuil) Diététicienne nutritionniste : - Assurer les bilans nutritifs des patients repérés à risque	- Convention avec le service de gériatrie du CH d'Argenteuil - Recommandations HAS sur le bilan nutritif des personnes âgées
Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées	Médecins généralistes : orienter les patients : o vers des ateliers de prévention organisés par la CPTS Boucle de Seine pour les Gir 3 à 5 o Vers de l'activité physique adaptée pour ceux qui ne présentant pas de dépendance marquée	- Argumentaire - Plaquettes d'informations - Convention avec le CCAS de Sartrouville
Suivi régulier du patient âgé peu mobile	Médecins généralistes et infirmière : - Visites à domicile et notamment en EHPAD afin d'assurer le suivi des patients peu mobiles - Consultations en binôme à travers l'outil télé médecine	- Système d'information partagé MSP - Agenda partagé - Outils connectés pour la téléconsultation
Prise en charge coordonnée	Médecins généralistes, infirmiers, PAT, DAC, SSIAD, CH Argenteuil : - Structuration du suivi et suivi régulier des patients avec les partenaires du territoire qui interviennent dans la prise en charge de la perte d'autonomie et du maintien à domicile - Réunion d'équipe pluridisciplinaire au sein de la MSP afin de partager les informations des patients considérés cas complexes, ainsi que d'élaborer un projet personnalisé de soin (avec les partenaires si ils sont disponibles et à distance) - Actualisation des PPS des patients régulièrement Coordonnateur : - Organisation des RCP sur la base du planning partagé - Contact des partenaires - Elaboration des comptes rendus de RCP - Intégration des comptes rendus de RCP dans le dossier partagé	- Convention avec le service de gériatrie du CH d'Argenteuil - Système d'information partagé - Agenda partagé - Procédure pour les réunions de coordination pluridisciplinaires (ex. points abordés, rôle des acteurs...) - Compte rendu de réunion RCP à intégrer dans le dossier patient partagé

4.

LA DÉMARCHE QUALITÉ

La démarche qualité



5.

PROCESSUS DE VALIDATION

Ressources locales

ASSURANCE MALADIE

Caisse d'Assurance Maladie de votre département (CPAM)

- *Référent des Organisations Coordonnées (ROC)*

75 : exercice-coordonne.cpam-paris@assurance-maladie.fr

77 : exercice-coordonne.cpam-77@assurance-maladie.fr

78 : exercice-coordonne.cpam-78@assurance-maladie.fr

91 : exercice-coordonne.cpam-evry@assurance-maladie.fr

92 : exercice-coordonne.cpam-nanterre@assurance-maladie.fr

93 : exercice-coordonne.cpam-93@assurance-maladie.fr

94 : exercice-coordonne.cpam-creteil@assurance-maladie.fr

95 : exercice-coordonne.cpam-95@assurance-maladie.fr

AGENCE REGIONALE DE SANTE

Délégation départementale

- *Référent d'exercices coordonnés*

Pour aller plus loin :

Site HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2033014/fr/comment-elaborer-et-mettre-en-oeuvre-des-protocoles-pluriprofessionnels#toc_1