

ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL (ACI) STRUCTURES PLURI-PROFESSIONNELLES (MSP)

COMMENT REDIGER UN PROTOCOLE PLURI-PROFESSIONNEL

OBJECTIFS D'UN PROTOCOLE PLURI-PROFESSIONNEL

- ↻ Répondre à un besoin de l'équipe pour la prise en charge pluri-professionnelle des patients
- ↻ Améliorer la coordination des membres de l'équipe lors de situations complexes et/ou fréquentes
- ↻ Formaliser et harmoniser les pratiques existantes

BASE RÉGLEMENTAIRE

Contenu

Cf. Article 3.2 de l'accord conventionnel interprofessionnel :

« *Élaboration de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé.*

Ces protocoles doivent :

- *s'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés,*
- *être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (Haute Autorité de santé – HAS - ; ANSM ; Santé Publique France...),*
- *être adaptés à chaque équipe,*
- *répondre à un vrai besoin,*
- *formaliser et harmoniser des pratiques existantes,*
- *être simples, aisément consultables lors des soins,*
- *préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge et les différentes interactions entre eux (répondre à la question « qui fait quoi quand »),*
- *être réactualisés régulièrement à la lumière des retours d'expérience.*

Les protocoles doivent porter en priorité sur les thèmes listés à l'annexe 3 du présent accord.

Les protocoles élaborés sur des thèmes n'appartenant pas à la liste figurant dans cette annexe font l'objet d'un examen au cas par cas par le service médical de l'Assurance Maladie en vue d'une éventuelle valorisation. »

Thèmes

Cf. Annexe 3 de l'accord conventionnel interprofessionnel

Les thèmes listés ci-après sont privilégiés pour l'élaboration de protocoles de prise en charge pluri professionnelle et comme sujets des réunions de concertation réalisées autour de dossiers de patients :

- *affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable ; troubles psychiques graves... ;*
- *pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluri-professionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif ... ;*
- *patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien ; biologiste ; infirmier ; médecin généraliste ou autre spécialiste...) : AVK ; insulinothérapie...*
- *patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement ; dénutrition...) ; plaies chroniques (escarres ; ulcères veineux ou mixtes ; plaies du diabétique) ; patients poly-pathologiques ; soins palliatifs ; suivi post AVC...*
- *patients obèses ;*
- *grossesses à risque (pathologie sous-jacente ; antécédents ; grossesses multiples...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement ; précarité ; addictions...) ;*
- *pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales ; maltraitance intra familiale.*

CONSEILS POUR LA RÉDACTION D'UN PROTOCOLE PLURI-PROFESSIONNEL

Un protocole pluri-professionnel **doit préciser** :

- ✚ Les catégories de professionnels de santé intervenant dans la prise en charge,
- ✚ Le rôle de chaque catégorie de professionnels impliqués dans la prise en charge
- ✚ Les moments d'intervention de chaque professionnel
- ✚ L'objectif ou les objectifs de la prise en charge.

Un protocole pluri-professionnel **doit être** :

- ✚ **Une réponse adaptée à un besoin de la structure**, à l'équipe pluri professionnelle qui le porte, s'appuyant sur la compétence et l'expérience des professionnels de santé concernés,
- ✚ **Conforme aux recommandations** élaborées par les agences sanitaires en termes de prise en charge des pathologies, lorsque celles-ci existent,
- ✚ **Simple d'utilisation** et facilement consultable lors de la prise en charge d'un patient,
Recommandation : Limiter le protocole pluri-professionnel à un ou des points critiques de la prise en charge.
- ✚ **Évalué et actualisé** au regard des retours d'expérience.

Un protocole pluri-professionnel **doit permettre de répondre aux questions suivantes** :

✚ **Pourquoi ?**

- ☞ Quel est l'objectif du protocole en matière de prise en charge ?

✚ **Pour qui ?**

- ☞ Pour la prise en charge de quelle population le protocole a-t-il été élaboré ?

✚ **Qui fait quoi ?**

- ☞ Quelles sont les catégories de professionnels impliqués ?
- ☞ Quelle(s) action(s) est (sont) réalisé(e) par chaque profession ?

✚ **Quand ?**

- ☞ À quel moment intervient chaque professionnel de santé ?
- ☞ Quels échanges d'informations ont lieu entre les professionnels ?

✚ **Quelle valeur ajoutée ?**

- ☞ Quel apport pour le patient par rapport à une prise en charge mono-professionnelle ?

Un protocole pluri-professionnel **ne doit pas être** :

- ✚ Une simple exécution de la prescription
- ✚ Un rappel sur la conduite à tenir dans certaines situations :
 - En cas de présence d'un patient agressif dans la MSP,...
- ✚ Un adressage vers un médecin correspondant.

Ces éléments isolés peuvent constituer des documents utiles à la MSP dans son organisation ou dans la gestion de certaines situations mais ne correspondent pas à des protocoles pluri-professionnels au sens de l'ACI et de la HAS et ne pourront pas être valorisés dans ce cadre.

Contacts

Pour obtenir plus d'informations et/ou un accompagnement sur l'élaboration de vos protocoles, vous pouvez contacter vos référents MSP de l'Assurance Maladie, de la DD ARS et les facilitateurs de la FEMASIF :

✚ Les référents MSP de l'Assurance Maladie

	CPAM		Service Médical	
	Nom du référent	Contact	Médecin référent	Contact
75	Perrine Pallares	perrine.pallares@assurance-maladie.fr	Valérie Marchand Anne Marcheix Bataille	valerie.marchand@assurance-maladie.fr anne.marcheixbataille@assurance-maladie.fr
77	Aurélie Guislain	aurelie.guislain@assurance-maladie.fr	Marie Husson	marie.husson@assurance-maladie.fr
78	Cécile Djilali	cecile.djilali@assurance-maladie.fr	Séverine Gozzoli	severine.gozzoli@assurance-maladie.fr
91	Laurence Gobert	laurence.gobert@assurance-maladie.fr	Francis Corrias	francis.corrias@assurance-maladie.fr
92	Sabine Garnier	sabine.garnier@assurance-maladie.fr	Elsa Gombault	elsa.gombault@assurance-maladie.fr
93	Maryvonne Le Cardinal	maryvonne.le-cardinal@assurance-maladie.fr	Samira Saifi	samira.saifi@assurance-maladie.fr
94	Amine Zbida Annick Courgibet	amine.zbida@assurance-maladie.fr annick.courgibet@assurance-maladie.fr	David Cheutin	david.cheutin@assurance-maladie.fr
95	Anne Botherel	anne.bothrel@assurance-maladie.fr	Christine Franc	christine.franc@assurance-maladie.fr

✚ Les facilitateurs de la Fémasif

	Nom	Contact
75	Sophie Dubois Marie Bazille Josselin Le Bel	sophie.dubois.coordination@outlook.fr marie.bazille@wanadoo.fr josselin.lebel@orange.fr
77	Corinne Girard	corinne.girard12@wanadoo.fr
78	Philippe Boisnault	p.boisnault@gm-cordeliers.fr
91	Fatima Said Dauvergne Dominique Richard	saidfatim27@gmail.com dominique.richard91@gmail.com
92	Martin Mérindol Michel Nougairède	martin.merindol.psu@gmail.com michel.nougairède@wanadoo.fr
93	Didier Ménard	dr.didiermenard@wanadoo.fr
94	Corinne Girard Jacques Claude Cittée	corinne.girard12@wanadoo.fr jccittee@gmail.com
95	Alain Mercier Philippe Boisnault Didier Ménard	alain.mercier@univ-paris13.fr p.boisnault@gm-cordeliers.fr dr.didiermenard@wanadoo.fr

✚ Les référents MSP de l'ARS

	Nom	Contact
75	Michèle Ooms - Flavie Pittet	michele.ooms@ars.sante.fr - flavie.pittet@ars.sante.fr
77	Virginie Damion - Anais Afonso	virginie.darmion@ars.sante.fr - anais.afonso@ars.sante.fr
78	Nathalie Rabier-Thoreau - Céline Monestier-Delonne	natalie.rabier-thoreau@ars.sante.fr - celine.monestier-delonne@ars.sante.fr
91	Nathalie Khenissi - Hélène Renier	nathalie.khenissi@ars.sante.fr - helene.renier@ars.sante.fr
92	Vincent Toisier - Clarisse Cordel	vincent.toisier@ars.sante.fr - clarisse.cordel@ars.sante.fr
93	Stéphanie Chapuis - Géraldine Valerio	stephanie.chapuis@ars.sante.fr - geraldine.valerio@ars.sante.fr
94	Régis Gardin - Renaud Bray	regis.gardin@ars.sante.fr - renaud.bray@ars.sante.fr
95	Adeline Caret - Hagira Benbraham	adeline.caret@ars.sante.fr - hagira.benbraham@ars.sante.fr

EXEMPLES DE PROTOCOLES REpondant AUX CONDITIONS DE L'ACI

PROTOCOLE « SURVEILLANCE DES TRAITEMENTS ANTICOAGULANTS AVK »

Maison de santé

FICHE D'IDENTITÉ DU PROTOCOLE

Date de création	05/12/2017
Date de modification	
Référent du protocole	DE MG
Liste des professions ou services et structures impliqués dans la prise en charge	Médecins traitants, IDE, biologistes
Problématique	<p>- Risques hémorragiques et thrombotiques liés à la iatrogénie des anticoagulants anti-vitamine K (AVK) et morbi-mortalité dus à ces risques</p> <p>- Constat de prises en charge différentes selon les professionnels pour l'adaptation des doses d'AVK selon l'INR et prise en charge différentes des surdosages en AVK</p>

Objectifs généraux	<p>- Lutter contre les accidents iatrogéniques liés à l'utilisation des AVK et améliorer le suivi du traitement par AVK pour réduire la morbi-mortalité</p> <p>- Impliquer et responsabiliser le patient sur la prise de son traitement (compréhension du traitement, comportement à tenir en fonction de l'INR, surveillance des effets secondaires, suivi des conseils diététiques)</p>
Objectifs opérationnels	<p>- Elaborer des tableaux récapitulatifs d'adaptation des doses selon la valeur cible (objectif) et de gestion des surdosages à destination des professionnels</p> <p>- Elaborer une fiche de surveillance mensuelle de l'INR pour les IDE (patients non autonomes) et une fiche de suivi de l'INR pour les patients autonomes</p> <p>- Elaborer une fiche à remettre aux patients sous AVK sur les règles d'or à respecter</p> <p>- Avoir une traçabilité dans le système d'information</p>
Population cible	Tous les patients sous AVK (Previscan [®] , Sintrom [®] , Coumadine [®])
Liste des documents/outils associés	<p>- Annexe 1 : Feuille de surveillance mensuelle pour les patients</p> <p>- Annexe 2 : Feuille de surveillance mensuelle IDE</p> <p>- Annexe 3 : Règles d'or de la prise d'AVK remises au patient par le médecin et qui peuvent être commentées par l'IDE</p> <p>- Annexe 4 : Liste d'événements indésirables IDE</p> <p>- Annexe 5 : Algorithme / induction de warfarine (Coumadine[®]) et de fluindione (Previscan[®]) chez l'adulte de 18 à 70 ans (intégré dans le</p>

RÔLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONCERNÉS

		QUI	fait QUOI	COMMENT	POURQUOI
Liste des sources documentaires ou références	<p>SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES : Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier (HAS, avril 2008)</p> <p>DOCUMENT DESTINÉ AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES : Prise en charge des surdosages, des accidents et du risque hémorragique liés à l'utilisation des antivitamines K (HAS, avril 2008)</p> <p>DOCUMENT ÉLABORÉ PAR UN GROUPE DE TRAVAIL PLURIPROFESSIONNEL avec la participation de la HAS, novembre 2010: http://www.fncs.org/avk-gestion-quotidienne</p>	Médecin traitant	Prescrit le traitement, le contrôle et l'équilibre au niveau des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrit le dosage de l'INR tous les 3 jours si nécessaire pendant min 6 mois - Indique que le patient prend un traitement anticoagulant AVK (mots clés : Coumadine®, Previscan® ou Sintrom®) - Indique si le patient est autonome ou non dans la gestion de son traitement AVK - renseigne les événements indésirables dans le dossier du patient et toutes les infos utiles sur l'adhésion du patient, son niveau de compréhension et d'autonomie 	Atteindre la valeur cible
Lieu de consultation du protocole			Rappel des consignes à respecter en cas de prise d'AVK	Information au cours de la consultation et délivrance de la fiche « Règles d'or » et du tableau de surveillance (pour les patients autonomes non suivis par une IDE)	Éviter le déséquilibre de l'INR
Liste des professionnels informés du protocole	<i>Tous les médecins et infirmiers de la maison de santé ainsi que les biologistes du quartier</i>				
Groupe de travail	XX (MG), XX (IDE)	IDE	Surveille la prise du traitement, réalise les prises de sang et contrôle que l'équilibre soit maintenu	<ul style="list-style-type: none"> - Prépare le semainier pour le patient dépendant - Réalise la prise de sang en suivant le protocole - A la lecture des INR, refait une prise de sang avec un nouveau contrôle et/ou modifie la posologie de l'AVK selon le protocole des conduites à tenir élaboré entre médecins et IDE si médecin non joignable (cf. ci-dessous) - Renseigne la liste d'événements indésirables pour les patients suivis (cf. annexe 4) 	Prévenir le risque : <ul style="list-style-type: none"> - Risque de caillot si INR trop bas - Risque d'hémorragie si INR trop haut
Date de validation du document	05/12/2017			En cas de doute, l'IDE contacte le médecin	
		Biologiste	Signale les écarts d'INR mettant en danger le patient	Le biologiste contacte le médecin ou l'IDE par téléphone ou par fax	Mise en œuvre du traitement adéquat le plus rapidement possible

Fiche de synthèse du protocole Dépistage et suivi de l'hypertension artérielle

Date de création	Mai 2011
Date de modification	Mai 2014 – Sept 2015 - Jan 2018
Structure porteuse du protocole	MSP
Titre du protocole	Dépistage et suivi de l'hypertension artérielle
Thématique générale	Patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs.
Référent	<i>H. F</i> <i>M. L</i>
Liste des professions ou structures impliqués dans la prise en charge	Médecin généraliste Médecin cardiologue Pharmacien d'officine Infirmière <i>Asalée</i>
Objectif général	Améliorer le dépistage et le suivi de l'hypertension artérielle
Objectifs secondaires	Eviter les sur et sous diagnostics, dû à l'effet blouse blanche
Population cible	Population du secteur
Liste des documents associés	Fiche de suivi papier. Fiche explicative pour le patient

Liste des sources documentaires ou références	Automesure.com HTA –info, Société française de cardiologie L'HTA, fiche CESP Pharm 2006 <i>Surveiller et soigner l'hypertension.</i> N. Postel-Vinay et G. Bobrie. Éd. Odile Jacob, août 2003 <i>Pharmacist's Role in Treating Hypertension.</i> Am J Health Syst Pharm 2002 ; 59 : 666-7
Lieu de consultation du protocole	Espace de travail partagé (Cloud du pôle)
Liste des professionnels adhérant au protocole	Médecins généralistes de la MSP Pharmaciens d'officine de la MSP Dr A. Cardiologue dans le secteur Cardiologues de l'hôpital
Liste des professionnels informés du protocole	Ensemble des médecins généralistes et cardiologues du secteur Ensemble des pharmaciens du secteur Professionnels de la MSP
Groupe de travail	H. F, MG L. Paci, MG S. D, pharmacien M. L, pharmacien N. V, Hôpital
Mode de validation du protocole	Groupe de Relecture Focus groups pharmaciens. Questionnaire satisfaction des patients
Date prévue d'actualisation	

Rôle du médecin généraliste	<p>Bilan initial : Interrogatoire/examen Clinique/ECG/prescription des examens biologiques si nécessaire</p> <p>Prescription d'un suivi d'hypertension avec automesure du patient à domicile</p> <p>Orientation vers l'infirmière <u>Asalee</u></p>
Rôle du pharmacien d'officine	<p>Education du patient à sa pathologie, éducation à l'utilisation du tensiomètre électronique.</p> <p>Facilitation de l'adhésion du patient au traitement</p> <p>Prêt de tensiomètres agréés ANSM et choisis par le groupe de travail pour leur facilité d'emploi.</p> <p>Calcul et analyse des résultats retournés par le patient. Analyse de l'observance des traitements médicamenteux.</p> <p>Transmission des résultats au MG ou alimentation du dossier partagé.</p> <p>Orientation du patient en fonction des besoins et du degré d'urgence (Infirmière <u>Asalée</u>, MG, SAU...)</p>
Rôle de l'infirmière Azalée	<p>Education du patient à sa pathologie, suivi des mesures hygiéno-diététiques.</p> <p>Aide au sevrage tabagique.</p> <p>Prescription d'un suivi d'hypertension avec automesure du patient à domicile.</p>
Modalités de transmission de l'information	<p>Dossier partagé papier</p> <p>Organisation d'une réunion mensuelle de concertation <u>pluriprofessionnelle</u></p>

EXEMPLES DE PROTOCOLES NE REpondANT PAS AUX CONDITIONS DE L'ACI

Source : Vidal Reco, <https://www.vidal.fr>, 2017

Soins palliatifs

A savoir

Les soins palliatifs sont prodigués aux patients pour lesquels le traitement classique d'une maladie n'est plus susceptible d'entraîner à lui seul une amélioration de la qualité de vie, et dont l'espérance de survie est limitée.

Structure

Les soins palliatifs peuvent être administrés en ville par des libéraux, seuls ou avec l'appui de structures de type réseau, en institution ou en milieu hospitalier. Ils doivent être délivrés par une équipe pluridisciplinaire : médecin, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, diététicien, assistant social, bénévoles, etc.

Démarche

Elle implique une prise en charge du patient dans sa globalité, le refus d'investigations et de traitements déraisonnables, le respect de la dignité et du libre arbitre du patient, la prise en charge maximale de la souffrance, le refus de provoquer intentionnellement la mort, la préparation de la phase terminale ou agonique, un soutien à la famille et aux proches.

Prise en charge

Globale, elle comprend une aide sociale (prise en charge d'éventuelles difficultés financières), une aide familiale (résolution de conflits), une aide psychologique, une aide spirituelle (culpabilité, angoisse de la mort, etc.), une aide symptomatique (traitement médical).

Contexte

Les soins palliatifs, fondés par des militants de bonne volonté, sont devenus une exigence légale depuis la loi du 9 juin 1999. L'approche palliative est centrée sur la dignité, l'autonomie du malade, le respect de sa parole et de son ressenti. Elle est une véritable exigence éthique de justification des stratégies au service du malade.

Nous présentons dans cette Reco l'organisation générale des soins palliatifs et la prise en charge de 5 symptômes particulièrement gênants : la dyspnée, la nausée, l'anxiété, la douleur et la constipation.

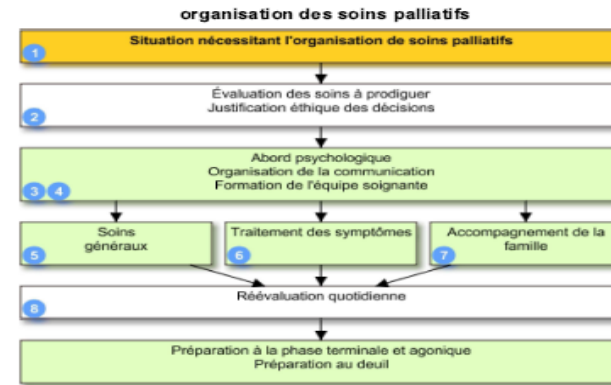
Quels patients traiter ?

Tout patient atteint d'une maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital et/ou en phase terminale doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs.

Objectifs de la prise en charge

Amélioration de la qualité de vie dans les dernières semaines de vie.
Soulagement des symptômes gênants.
Aide à la perception de la mort comme un processus naturel.
Soutien à la famille et aux proches.

Prise en charge



1 Évaluation de l'indication des soins palliatifs

Ils sont justifiés en cas de souffrance, d'angoisse, de troubles symptomatiques ou de difficultés relationnelles liés à une maladie mettant en jeu le pronostic vital.

2 Évaluation des soins à prodiguer

Ils comportent le traitement de différents symptômes, mais aussi des troubles psychologiques et des difficultés relationnelles.

3 Abord psychologique et communication

L'aide psychologique doit permettre au patient de surmonter son angoisse, sa vulnérabilité, ses sentiments de dépendance et de marginalisation, réels ou imaginaires.
La communication doit être organisée : communication entre le patient et l'équipe soignante, entre le patient et ses proches, entre l'équipe soignante et les proches.

4 Formation de l'équipe soignante

Du médecin à l'aide bénévole, chacun doit parvenir à reconnaître et à maîtriser ses émotions, à clarifier ses sentiments et à harmoniser les informations transmises au patient et à ses proches.

5 Soins généraux

Ils impliquent une réflexion sur la pertinence de poursuivre ou non les traitements étiologiques.

6 Traitement des symptômes

Les plus fréquents sont la dyspnée, la nausée, l'anxiété, la douleur, la constipation, les troubles du sommeil et de l'hydratation. Le traitement de ces symptômes répond aux plaintes du patient, qu'il faut écouter avec attention. Son vécu subjectif est plus important que la perception du médecin ou les données de l'observation.

7 Accompagnement de la famille

L'information, la prise en charge psychologique, la prévention des crises individuelles et collectives, la préparation de la phase terminale et du deuil doivent être organisées.

8 Réévaluation

Le parcours de chaque patient est unique et l'évolution psychologique parfois très rapide. Aucune attitude dogmatique ne peut répondre aux besoins du patient, qui peuvent différer d'un jour à l'autre.

En, effet, **il s'agit d'une simple reprise** de recommandations existantes.

Il n'y a **pas d'adaptation par la MSP** (catégorie de PS présents / ...)

En pratique, ce protocole est **difficile à mettre en œuvre pour la structure**.