

PROTOCOLES PLURIPROFESSIONNELS viser l'utilité

Alors que se développent les équipes de soins primaires, les protocoles pluriprofessionnels formalisent de nouvelles manières de travailler ensemble. Quelle est leur utilité, comment les élaborer : des clés pour réussir.

DOSSIER RÉALISÉ PAR GAËLLE DESGRÉES DU LOÛ

Les protocoles, c'est quoi ?

- ◆ Le terme peut inquiéter. Pourtant, un protocole pluriprofessionnel ne devrait constituer qu'un support naturel au travail en équipe.
- ◆ Être pragmatique et viser la simplicité : tels sont les enjeux essentiels liés à l'établissement de protocoles pluriprofessionnels, qui permettent à la fois de situer le périmètre d'action de chacun et de convenir d'une façon de faire partagée au sein de l'équipe.

La révolution des soins primaires qui se joue depuis quelques années, traduisant le passage d'un exercice solitaire à un exercice en équipe pluriprofessionnelle, impose de rebattre les cartes. Parce que les messages donnés au patient doivent être cohérents et parce que les maladies chroniques et le développement des comorbidités pour une majorité de malades de plus de 60

ans deviennent la règle, il est nécessaire de formaliser un travail coordonné entre plusieurs professionnels qui suivent durablement un patient. Il faut également fournir des réponses aux problèmes plus spécifiques rencontrés lors des prises en charge. Éviter les accidents iatrogéniques grâce à un protocole AVK ; dépister les risques de dénutrition des personnes âgées ; mieux prendre en charge le mal perforant du pied du diabétique... Les thèmes des protocoles pluriprofessionnels sont aussi variés que les points critiques ou besoins identifiés lors des réunions de concertation clinique, de la rédaction d'un projet de santé, via le suivi d'indicateurs ou grâce aux retours des patients. « *Les thèmes prioritaires sont ceux qui préoccupent l'équipe* », souligne le Dr Pierre De Haas, ancien président de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) et qui, depuis plus de 10 ans, mène une action sur la protocolisation des soins, en lien

avec la Haute Autorité de santé (HAS).

UNE PROCÉDURE INITIALEMENT COMPLEXE

En une décennie, la réflexion engagée sur les protocoles a évolué, dans une optique de pragmatisme et de simplification. Dès 2006 et la création de la FFMPS, il est apparu nécessaire de mettre en place de nouvelles manières de travailler en équipe de soins primaires. Les enjeux pour la HAS qui crée un groupe de travail sur le sujet sont alors ambitieux, présentant que cette affaire de protocoles était l'avenir, peut-être beaucoup plus que le système de recommandations et guidelines, la plupart étant de surcroît mono-pathologiques. Il s'agit de « *faciliter le travail en équipe à un niveau local ou territorial, d'améliorer l'articulation entre les soins de premier et de deuxième recours, de faciliter l'appropriation des bonnes pratiques et de participer à l'introduction des bonnes pratiques professionnelles dans le dossier patient informatisé et partagé* », indique-t-elle.

Entre 2008 et 2010, sept protocoles pluriprofessionnels sont élaborés,

DES THÈMES VARIÉS CORRESPONDANT AUX BESOINS IDENTIFIÉS PAR L'ÉQUIPE

P. X DOS • Les protocoles, c'est quoi ?

P. X Protocole : mode d'emploi

P. X Expériences étrangères

P. X Paroles d'acteurs

présentés comme le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluriprofessionnelle. Sont traités dans ces documents : la bronchiolite du nourrisson, l'amélioration de la couverture vaccinale, le diabète de type 2, l'amélioration du suivi et de l'autonomisation du patient, la gestion quotidienne des AVK, la lombalgie commune, la prise en charge

des plaies chroniques et l'HTA. Autant de protocoles présentés aujourd'hui comme des contre-exemples. « Il faut les considérer comme une première approche, redisant avant tout l'importance que ces protocoles étaient amenés à prendre... mais trop détaillés, surtout trop exhaustifs, envisageant une question de A à Z, au risque de ne pas mettre en exergue les points essentiels du suivi d'un malade », fait observer Jean-Michel Chabot (lire ci-dessous). « La complexité doit être réduite en appelant à des protocoles simples (ou même un peu frustrés car ils sont améliorables au fil de l'eau) et qui s'appliquent aux deux ou trois points clés de la prise en charge d'un malade, et non pas à l'exhaustivité de la situation où il se trouve », ajoute-t-il.

UNE PRATIQUE QUOTIDIENNE, PAS UN ABOUTISSEMENT

Un changement de cap qui a permis de dédramatiser les enjeux. « On ne

fait pas un protocole sur l'anémie parce qu'on a plaisir à travailler sur cette thématique, mais parce qu'on souhaite fournir une réponse fiable et coordonnée et/ou que c'est une pathologie qu'on rencontre régulièrement. Il faut s'assurer que les autres

professionnels sont d'accord avec ce qu'on écrit, contrôler la faisabilité du protocole et son appropriation par

l'équipe », précise Pierre De Haas. « On est aujourd'hui dans des protocoles très fonctionnels et opérationnels, sans doute en raison de la maturité des équipes, de leur professionnalisation et du développement des coordinateurs. Un protocole doit répondre à un besoin et rester un outil simple au service d'une équipe, non une fin de soi », insiste le Dr Pascal Gendry, actuel président de la FFMPs. Il décrit ainsi la démarche : « Des équipes ont un mode de fonctionnement, veulent qu'il se pérennise et que la même attitude soit adaptée face à une problématique simple. On écrit un protocole, on le structure, on l'évalue et on le modifie ou on l'oublie si besoin. Plus il est simple, plus il a de chances de fonctionner ». Secrétaire générale de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), le Dr Hélène Colombani estime que la mise en place d'un référentiel pour les protocoles a permis d'avoir une vision plus exigeante. « Comme il y a des points qui

PLUS IL EST SIMPLE, PLUS LE PROTOCOLE A DE CHANCES DE FONCTIONNER



LE BILLET DU
DR MARTIAL OLIVIER-KOEURET,
médecin généraliste et président
de Soins Coordinés

« Un passage obligé qui bride les initiatives »

« Mettre en place des protocoles pluriprofessionnels est un passage obligé dans la législation actuelle qui bloque et bride les initiatives de tous les côtés. On pourrait parfaitement imaginer un autre dispositif prévoyant que dans les déserts médicaux, on laisse aux professionnels l'initiative de s'organiser autrement. Les protocoles ne concernent que des situations très limitées alors qu'il existe un vrai sujet d'accès aux soins pour des millions de personnes. Le suivi des hypertendus et des diabétiques mérite par exemple d'être organisé différemment. Alors que 99 % de l'activité des professionnels de santé libéraux consiste à soigner des malades, on leur demande d'écrire des dispositifs, de les faire valider, autant d'éléments qui, dans l'urgence du moment, sont contre-productifs. Il faudrait plutôt une reconfiguration du périmètre professionnel, afin que l'on se répartisse autrement le travail, en permettant par exemple aux infirmières de suivre les hypertendus ou aux pharmaciens de renouveler les ordonnances. On sait bien que l'un des obstacles à l'implication plus importante des autres professionnels dans le suivi des malades au long cours concerne les éléments de tarification. Or, il n'y a aucun élément tarifaire dans les protocoles pluriprofessionnels ! »

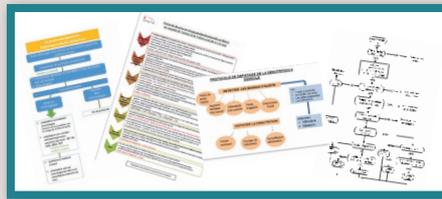


sont accordés pour la mise en place des protocoles dans le cadre de l'accord national, on est tenu d'avoir des protocoles valides, évaluables et qui sont aujourd'hui plus abordables et opérationnels », indique-t-elle. Les incitations financières (lire encadré) encouragent leur développement. Pour être éligibles aux nouveaux modes de rémunération (NMR), les équipes savent en effet qu'elles doivent produire des protocoles. Malgré tout, l'ensemble des professionnels est loin d'avoir encore intégré la démarche. « Le changement culturel dans l'exercice est très compliqué à obtenir. Nous sommes face à des professionnels qui sont plutôt des artistes et pour qui l'application d'un protocole peut poser problème, tellement ils sont dans une pratique affinée depuis plusieurs années », constate Pierre De Haas. ◆

G.D.L.

Protocoles, NMR et ACI : le soutien financier

Après quatre années d'expérimentation, puis un règlement arbitral en février 2015, les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) destinés à encourager la coordination des équipes de soin de proximité ont évolué depuis le 20 avril 2017, date de la signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) entre 17 syndicats représentatifs des professionnels de soins primaires et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). L'article 3.2 du règlement arbitral prévoyait déjà que la réalisation de protocoles pluriprofessionnels soit un des



critères d'éligibilité aux NMR, dans le cadre d'une maison de santé mono site ou multi sites constituée en SISA et indiquait : « Ces protocoles précisent le rôle et les temps d'intervention des différents professionnels impliqués dans la prise en charge, ainsi que les modalités de transmission, entre professionnels, des informations nécessaires à une bonne coordination des soins. » Cinq thématiques avaient été définies comme prioritaires et cinq protocoles par an pouvaient être soutenus financièrement par l'assurance maladie, à raison de 100 points par protocole. Avec l'ACI, l'équipe peut aujourd'hui présenter jusqu'à huit protocoles par an (soit 800 points maximum). Les protocoles doivent correspondre à une réelle prise en charge pluriprofessionnelle et non à une simple délégation de tâches ; ils ne peuvent être de simples conduites à tenir, ni être purement organisationnels ; ils doivent être conformes aux recommandations existantes (HAS, ANSM) et la liste des pathologies est étendue par rapport au règlement arbitral. Concernant les centres de santé, le règlement arbitral a été transposé en juillet 2015 dans l'Accord national des centres de santé.

3 QUESTIONS À



JEAN-MICHEL CHABOT, professeur de santé publique

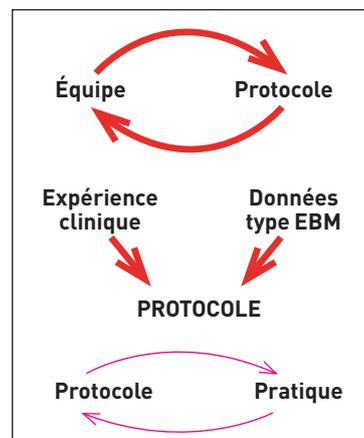
« Il faut lutter contre le mythe de l'exhaustivité »

Qu'est-ce qu'un bon protocole et quelle est son utilité essentielle ?

J-M.C : Un bon protocole, c'est un protocole qu'utilise une équipe au fil de l'eau et qui ne pose pas de problèmes d'appropriation. Il n'est pas exhaustif et pointe les moments-clés d'une prise en charge. Par exemple, un insuffisant cardiaque suivi à domicile qui prend plus de 3 kg en quelques jours, c'est quelqu'un qui est en train de se constituer des œdèmes infra-cliniques et qui pourra développer par la suite une défaillance cardiaque. Un protocole « insuffisance cardiaque en ville » vise à alerter rapidement, dès les prémices de la décompensation cardiaque, afin de permettre une prise en charge rapide du patient. Ce protocole peut consister simplement à demander à l'infirmière et au kinésithérapeute qui passent à domicile de peser le patient puis à tirer les conclusions du résultat de la pesée.

Quelles sont les sources principales qui permettent aux équipes de développer des protocoles ?

Un protocole est fondé à la fois sur l'expérience clinique acquise et partagée au sein d'une équipe et sur des données de type *Evidence Based Medicine* (EBM), issues de l'analyse de



la littérature pertinente (voir schéma). D'où l'intérêt des centres de ressources de soins primaires (voir [Expériences étrangères page XX](#)). C'est de la combinaison de ces deux sources que sortent les protocoles qui doivent être simples et idéalement tenir sur une page.

Un protocole a-t-il vocation à traiter d'une situation clinique dans sa totalité ?

Sûrement pas ! Il doit s'intéresser aux points sur lesquels il existe des ruptures. Il faut lutter contre le mythe de l'exhaustivité ! Il faut assumer le fait de ne pas être complet. Comme ce protocole a vocation, à terme, à se retrouver sur des smartphones, grâce aux évolutions des logiciels métiers qui commencent à prévoir des versions mobiles, il s'agit d'être concis. Constamment soumis au retour de l'expérience, le protocole est nécessairement évolutif. ◆

Protocole : mode d'emploi

- ◆ Choisir une situation, former un groupe de travail, définir les objectifs, concevoir le protocole, le faire valider, le diffuser : les différentes étapes d'élaboration doivent permettre d'aboutir à une forme synthétique et accessible.
- ◆ Les aides méthodologiques et l'expérience d'autres équipes pluriprofessionnelles visent à éviter les principaux écueils.
- ◆ Au moins 500 équipes en France se sont lancées dans l'élaboration de protocoles.

Choisir une situation en identifiant un besoin explicite de l'équipe : c'est le conseil numéro 1 que livrent tous les promoteurs des protocoles pluriprofessionnels, la Haute Autorité de santé (HAS) en premier lieu. Dans son descriptif des étapes d'élaboration, la HAS suggère ensuite d'informer du projet l'ensemble des professionnels concernés et de former un groupe de travail qui doit comprendre des membres appartenant à toutes les professions concernées. L'étape 2 passe par une analyse de la pratique, une définition des objectifs et la conception du protocole (précision des différentes étapes cliniques ou organisationnelles, périmètre d'action de chacun, éléments de coordination et d'aide à la décision). Il s'agit dès lors d'élaborer les outils associés au protocole : outils de repérage, description d'une procédure diagnostique ou thérapeutique, harmonisation des messages aux patients ou encore points de vigilance. Le document qui formalise le protocole, simple et court, doit être utilisable en cours de consultation ou en visite. Une fiche d'identité précise notamment la personne

référente (voir ci-contre). La logistique et l'accompagnement nécessaires à la mise en œuvre doivent également être identifiés, et la législation vérifiée, notamment en matière de coopération.

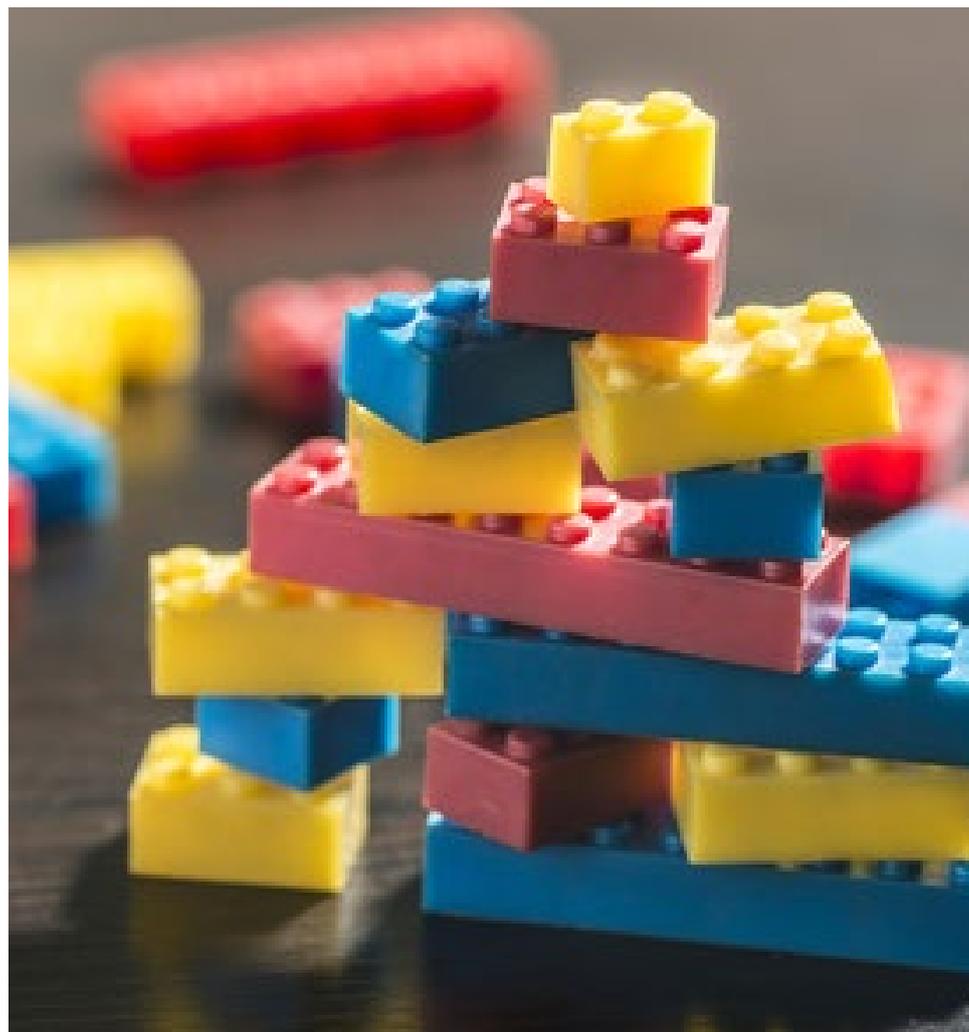
RÉSISTANCES AU CHANGEMENT

Une fois le protocole diffusé (et autant que possible intégré au logiciel métier pluripro), il est recommandé de documenter régulièrement

les variations de la pratique par rapport au protocole, de recueillir les effets indésirables et de le mettre à jour. « Les protocoles doivent avancer selon l'évolution de la structure.

Ils ne sont jamais finis. La démarche a besoin d'être améliorée et revue en fonction de la pratique du terrain qui

**UN DOCUMENT COURT
UTILISABLE EN CONSULTATION
OU EN VISITE**



Des ateliers pour construire des protocoles avec méthode

Précurseur dans l'accompagnement des professionnels de santé, l'Association des pôles et maisons de santé libéraux Pays de la Loire (APMSL) organise depuis 2015 des ateliers d'écriture qui réunissent les équipes de plusieurs

maisons de santé intéressées par les protocoles pluriprofessionnels. Organisés sur une période de 6 à 9 mois, ces ateliers ont lieu pendant la matinée, pendant 3h30, et permettent d'acquérir la méthode pour construire un protocole. Chaque étape d'élaboration du protocole pluriprofessionnel est ainsi décryptée, sous le regard d'Aurore Leguillon, chargée de mission à l'APMSL, qui anime l'atelier et apporte aussi un retour d'expériences. Quatre sessions ont déjà eu lieu, à destination d'une vingtaine d'équipes de professionnels de la région.



peut quelquefois ne pas convenir », observe le Dr Gilles Barnabé, généraliste au pôle Santé de Clisson (Loire-Atlantique) et ancien président de l'Association des pôles et maisons de santé libéraux Pays de la Loire (APMSL), qui accompagne depuis 2010 les équipes dans leur structuration en MSP. « L'une des principales difficultés est la limite humaine à vouloir changer, à vouloir partager et faire les choses ensemble. C'est une vraie culture pluriprofessionnelle qu'il faut mettre en place et même sur des pôles comme les nôtres, cela demande du temps », constate-t-il. Depuis un an, le pôle de Clisson a mis en place un protocole sur la lombalgie chronique. Sans grand succès, étant donné le faible nombre de patients inclus. « Nous nous sommes rendu compte que les médecins traitants qui n'ont



WWW.APMSL-PAYSDELA LOIRE.COM

pas participé au groupe de travail avaient des difficultés d'appropriation. On leur a donc proposé une réunion pour essayer de relancer les choses à la rentrée. Il faut accepter de ne pas tout réussir tout de suite », indique Charlotte Dubois-Hervé, diététicienne et coordinatrice de la MSP de Clisson.

CLÉS DE LA RÉUSSITE

INDISPENSABLE : UN SI PARTAGÉ ADAPTÉ ET BIEN UTILISÉ

Quelles sont les principales difficultés à surmonter ? La première est de parvenir à rester simple, à répondre à une vraie problématique et à simplifier la vie de l'équipe. Dans le pôle de santé du Sud-Ouest mayennais dans lequel il travaille, Pascal Gendry, l'un des 17 médecins de la structure, a mis

en place avec d'autres professionnels de santé un protocole de gestion des anticoagulants. « Il s'agit simplement de marquer la valeur cible à atteindre sur l'ordonnance. C'est un protocole tout simple qui évite beaucoup d'appels intempestifs et qui est intéressant pour les pharmaciens, les infirmières et les patients », explique le président de la FFMPs. En revanche, dans ce même pôle, un protocole sur le diabète « trop complexe et trop ambitieux » n'a pas fonctionné. Il a été abandonné.

Deuxième enjeu : une bonne appropriation du projet par l'équipe, ce qui nécessite une communication adéquate et une mobilisation de tous les professionnels, en particulier de ceux qui n'ont pas participé à la rédaction. « Avoir un coordinateur pour mobiliser les professionnels, travailler sur la bibliographie et disposer de sources fiables est un facteur favorisant », estime Hélène Colombani, médecin au centre municipal de santé de Nanterre, où un protocole d'automesure tensionnelle fonctionne avec succès depuis quelques années. Dans le cadre du dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire ou du suivi des patients ayant ces facteurs de risque, l'objectif est d'apprendre au patient à prendre sa tension artérielle à domicile en lui prêtant un tensiomètre, afin de supprimer l'effet blouse blanche et de libérer du temps médical. L'apprentissage, la remise de l'appareil, la signature de la feuille d'engagement retour, la cotation et la validation de la feuille de soins papier (acte hors nomenclature) sont de la responsabilité de l'infirmière. Au retour du prêt, elle contrôle l'intégrité de l'appareil ainsi que la feuille d'automesure, interroge le patient sur son ressenti. Cet acte infirmier est valorisé (cotation d'une séance ETP « flash test »). Quant au médecin, lors de la consultation, il analyse les mesures de la tension et prend en charge le patient, en fonction des objectifs tensionnels. Certains dossiers de

3 QUESTIONS À



CARINE RENAUX, infirmière et coordinatrice de la MSP de Savenay (pôle santé Loire et Sillon) et secrétaire de l'Association des pôles et maisons de santé libéraux Pays de la Loire (APMSL) et Aurore Leguillon, chargée de mission à l'APMSL.

« Un protocole correspond aux spécificités de chaque équipe »

Quels sont les incontournables d'un protocole réussi ?

Un protocole permet de répondre à un besoin ou à une problématique. Il doit être personnalisé, il est fait par l'équipe et pour l'équipe et correspond à ses spécificités. Il doit être écrit comme un guide qui facilite une prise en charge d'un patient dans une optique de qualité des soins, permet d'harmoniser les pratiques des professionnels et de faciliter le travail d'équipe. Il implique les professionnels de santé de la MSP, tous ou en partie, selon le thème.

Quelles sont les étapes d'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel ?

L'équipe doit d'abord faire part des problématiques et de ses besoins, et formuler précisément ce qu'elle

veut faire. Un groupe de travail formé de plusieurs professionnels de santé est alors constitué. Sur un document d'une à deux pages maximum, le protocole décrit très précisément le « qui, quoi, comment, avec quoi ». La fiche d'identité complète le corps du protocole et permet de comprendre les différentes étapes d'élaboration (date de création, titre, objectif principal et secondaires, population cible, bibliographie, composition du groupe de travail et date de révision du protocole). Le projet doit être validé dès le départ par l'ensemble des professionnels puis viennent les étapes de synthèse et de restitution, de diffusion (éventuellement de formation des professionnels qui en ressentent le besoin) et d'évaluation.



Pour la rédaction, que préconisez-vous ?

Il faut d'abord bien définir un objectif. Pour cela, grâce à l'association, on utilise la méthode SMART pour définir un objectif spécifique, mesurable, atteignable, réalisable et délimité dans le temps. On mesure l'atteinte des objectifs par la pose d'indicateurs qui doivent être simples au départ. Pour accompagner les professionnels, l'APMSL propose des ressources au sein de son équipe afin d'aider à acquérir une méthode. ●

La fiche d'identité du protocole pluri professionnel		
Intitulé	Description	Exemple
Date de création	Mois et année de création du protocole	Décembre 2013
Date de modification	Mois et année des éventuelles modifications du protocole	1 ^{ère} version en déc. 2013 / 2 ^{ème} version en déc. 2014.
Porteur du protocole	Coordonnées de la Maison de Santé	Maison Santé Ouest Anjou Becon les Granits
Titre du protocole	Il est préférable qu'il soit court, facilement mémorisable et utilisable	Protocole pluri professionnel de dépistage des troubles de la mémoire
Référent	Nom de la personne référente pour ce protocole.	Pascal Martin
Liste des professions ou services et structures impliqués dans la prise en charge	Elle donne de manière exhaustive les professions intégrant le protocole : professions de la MSP et hors de la MSP.	Orthophonistes, Médecins, Infirmières Psychologues Consultation mémoire du CHU d'Angers
Objectif général	Il désigne le résultat que l'on souhaite atteindre. Il porte sur le projet dans son ensemble	Dépistage des troubles de la mémoire
Objectifs secondaires	Ils délimitent le domaine d'application du protocole.	Prise en compte de la plainte de perte de mémoire Appréhension de troubles Alzheimer Orientation et prise en charge rapide
Population cible	Il précise le public concerné.	Toutes personnes émettant une plainte de perte de mémoire
Évaluation	Il s'agit de définir des indicateurs quantitatifs ou qualitatifs permettant d'apprécier l'atteinte des objectifs secondaires. Pour y parvenir des outils sont à utiliser : grille de suivi, carnet de bord, questionnaire, entretien ...	Indicateurs quantitatifs - Nombre de personnes testées - Nombre de personnes orientées vers la consultation mémoire - Calendrier de prise en charge - Indicateurs qualitatifs - carnet de bord, taux de satisfaction
Liste des documents associés	Elle permet de préciser les documents nécessaires et utiles pour la mise en œuvre du protocole : fiche d'inscription, outils...	Fiche d'adhésion au protocole, test MMSE 5 mots de Dubois, test de l'horloge ...
Liste des sources documentaires ou références	Elle permet de se référer aux documents ou sources utilisés pour élaborer le protocole	Maladies d'Alzheimer et maladies apparentées, diagnostic et prise en charge - HAS, décembre 2011 Salle de réunion, système d'information partagé
Lieu de consultation du protocole	Il s'agit d'indiquer où sont consultables : le protocole, les documents associés. (Ex : classeur de la salle de réunion, logiciel informatique...)	
Liste des professionnels informés du protocole	Elle précise les professionnels MSP ou hors MSP ayant été informés par la mise en œuvre de ce protocole (éventuellement recruteurs de patients...)	Les professionnels de la MSP - les espah
Groupe de travail	Il s'agit de lister les participants ayant permis l'élaboration du protocole (représentant par profession impliquée dans la prise en charge)	Thibauda Rolland (psychologue) Pascal Martin (orthophoniste) Antoine Durand (médecin)
Validation du document	La validation peut être réalisée par le (ou les) gestionnaire(s) de la MSP et/ou une personne experte. Il s'agit de s'assurer de la cohérence du document avec le projet de santé de la MSP. (Ex : Comité de gestion, bureau) Précisez le (ou les) nom(s), prénom(s), fonction(s) et la date.	Comité de gestion représenté par : François Audaud (infirmière) Antoine Gilles (médecin) décembre 2013

Fiche d'identité du protocole pluri professionnel disponible sur www.pmsl.paysdelaloire.com

Guide d'accompagnement à l'élaboration d'un protocole pluri professionnel en Maison de Santé

Fiche d'identité du protocole pluriprofessionnel (disponible sur le site de l'APMSL)

patients peuvent alors donner lieu à une concertation pluriprofessionnelle (infirmières, médecins généralistes, cardiologue). Pour la secrétaire générale de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), il faut savoir prendre le temps de monter un tel protocole, alors qu'il peut être assez long de s'entendre sur une démarche commune. « En tant que professionnel de santé, on a l'habitude d'être dans l'immédiateté », confirme Carine Renaux, infirmière à Savenay, on a du mal à comprendre qu'il faut prendre le temps de la réflexion, consacrer du temps à la rédaction... ».

Troisième difficulté à laquelle sont régulièrement confrontées les équipes, que ce soit en MSP ou en centre de santé : le système d'in-

formation (SI) partagé. Pour utiliser toutes les données cliniques et inclure les patients concernés dans le protocole, ce système doit être adapté et utilisé de façon optimale. Ce SI est aussi utilisé pour l'évaluation et il est nécessaire de prévoir un bon codage afin de bien déterminer les patients concernés, d'avoir une trace de l'intervention et de connaître les suites données à l'intervention. « Le système d'information partagé ne fonctionne pas encore sur un ensemble de professionnels de santé très divers, c'est un sujet complexe, avec beaucoup d'antériorités, mais c'est indispensable si on veut avancer sur les soins primaires », souligne le Dr Gilles Barnabé. ●

G.D.L.

RETROUVEZ-NOUS SUR
WWW.LECONCOURSMEDECAL.FR



Un centre de ressources (de soins primaires)

► En Californie, les équipes de maisons de santé ont à leur disposition un centre de ressources, qui vise à leur fournir des réponses évaluées, référencées et adaptées.

PAR JEAN-MICHEL CHABOT, professeur de santé publique

À l'image de ce qu'a mis en œuvre l'Organisation mondiale de la santé depuis plusieurs années, un tel centre répond aux questions que se/lui posent ses utilisateurs affiliés. On peut ainsi, sur un grand nombre de sujets cliniques, consulter les « aides mémoire » que l'OMS tient à la disposition des utilisateurs intéressés (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fr>). Des thèmes cliniques y sont traités ; de même des sujets davantage « santé publique ».

Deux évolutions en cours expliquent l'attrait que peut susciter un centre de ressources et les services qu'il propose. La première concerne la relation que les médecins – et plus largement l'ensemble des professions de santé – entretiennent avec les recos et l'evidence based medicine (EBM) ; l'une et l'autre ayant investi le monde médical, assez brutalement à la fin des années 90. La seconde évolution concerne les conditions d'exercice des professionnels, qui – singulièrement en secteur ambulatoire – sont en train de passer assez vivement du mode dominant d'exercice individuel, sinon isolé, à un mode d'exercice au sein d'un regroupement professionnel, où les médecins constituent une « équipe » avec d'autres professions de santé et le cas échéant des services sociaux. Ces professionnels

se dotent spontanément de « façons » de travailler, c'est-à-dire de protocoles (pluri)professionnels, afin d'organiser leurs pratiques et de fluidifier leur coordination⁽¹⁾. Dès lors, le recours à un centre de ressources, pour obtenir facilement en réponse à des questionnements du terrain des éléments évalués, référencés et surtout adaptés, s'exprime naturellement. Et ces éléments vont permettre à une équipe d'ébaucher/conforter ses propres protocoles. De tels centres de ressources sont en train d'éclorre sous des formes diverses (académiques ou universitaires ou bien professionnelles, avec des opérateurs publics ou privés) dans la plupart des pays développés.

BEAUCOUP DE QUESTIONS SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL DE L'ÉQUIPE

DES RÉPONSES RÉACTIVES ET « SUR MESURE »

Sur la côte ouest des États-Unis, une initiative est menée depuis 2011 en Californie. Plusieurs PCMH (*patient centred medical home*, l'équivalent de nos maisons de santé) s'y sont impliqués au sein de la *Veteran Health Administration* (une importante organisation soignante aux EU, qui vient d'effectuer son « virage ambulatoire »). Dans le cadre de cette initiative, les médecins et les équipes exerçant dans ces PCMH étaient invités à solliciter le centre de ressources mis à leur disposition, afin d'obtenir rapidement les éléments référencés, à partir desquels les équipes pouvaient mieux organiser leur travail clinique au bénéfice des malades.

Après 18 mois de fonctionnement, un premier bilan de cette initiative



a été établi et publié⁽²⁾. Tout d'abord, le centre de ressources opérant en Californie a défini un format de réponse aux questionnements qu'il recevait. Ce format porte un nom, le *Responsive Innovation Evidence Review*, (RIER) et traduit l'intention de fournir rapidement des éléments de réponse à la fois innovants et d'efficacité évaluée ; l'article publié fournit des précisions étonnantes sur la réalité de ces RIERs qui comportaient de 6 à 15 feuillets de 500 à 2 000 mots, et citaient une médiane de 11 références. Surtout ces RIERs étaient produits et adressés aux équipes demandeuses dans un délai rapide, entre 2 à 6 semaines. Enfin il faut souligner que les questionnements adressés portaient majoritairement sur des questions d'organisation du travail de l'équipe, comme par exemple l'intérêt d'un contact direct entre un service hospitalier et l'équipe de soins primaires pour prévenir la réhospitalisation. Une enquête de satisfaction auprès des utilisateurs a obtenu (à partir d'un taux de réponse de près de 60 %) près d'une moitié d'avis de « grande utilité ». ♦

1. Chabot JM. Les protocoles pluriprofessionnels, c'est et ça n'est pas. *Rev Prat*, 2015; 65: 531-2
 2. Danz MS, Hempel S, Lim Y-W, et al. Incorporating evidence review into quality improvement: meeting the needs of innovator. *BMJ Qual Saf* Published Online First: 05 July 2013 doi:10.1136/bmjqs-2012-001722

Paroles d'acteurs

- **Corsept (Loire-Atlantique)** : pôle de santé Sud-Estuaire
- **Eymoutiers, Peyrat-le-Château et Nedde (Haute-Vienne)** : maison de santé pluridisciplinaire des portes de Vassivière
- **Paris 19^e** : maison de santé Pyrénées-Belleville



CORSEPT (LOIRE-ATLANTIQUE)

« La culture du protocole commence à être bien intégrée »

Le pôle de santé Sud Estuaire, devenu SISA en 2012, intègre 25 professionnels de santé, dont plusieurs sont simplement signataires du projet de santé et exercent dans différentes communes du territoire. Trois médecins, deux infirmières, deux diététiciennes, six podologues, trois ostéopathes, deux psychologues, un kinésithérapeute et une orthophoniste tâchent donc de travailler de façon coordonnée. C'est sur l'impulsion de l'ARS que le pôle s'est engagé en 2013 dans l'élaboration de protocoles et a rapidement opté pour un thème « *apparu comme une évidence* », celui de la prise en charge du surpoids de l'enfant. « *En six mois, nous avons déjà la trame générale, nous avons fait intervenir quelques professionnels volontaires pour l'élaboration du protocole et en octobre 2014, il était lancé* », raconte Alice Le Carre, coordinatrice du pôle et diététicienne en libéral.

Tous les professionnels intéressés par ce protocole peuvent le proposer à leurs jeunes patients, *via* une lettre d'inclusion qui doit être signée par le médecin traitant de l'enfant. L'en-

semble des médecins du territoire a été informé et 29 jeunes patients, en moyenne âgés de 9 ans, ont été intégrés depuis 2014. Une fois la lettre validée par le médecin, la famille doit prendre contact avec le pôle de santé, qui mettra en place un entretien avec l'enfant et ses parents (le diagnostic éducatif) et proposera dans les quatre mois qui suivent un suivi par trois des professionnels de santé libéraux intégrés au projet de santé (éducateur sportif, diététicienne, psychologue, sophrologue, podologue...). Un bilan a lieu au bout

29
PATIENTS, EN MOYENNE ÂGÉS DE 9 ANS, ONT ÉTÉ INTÉGRÉS DANS LE PROTOCOLE DEPUIS 2014

UNE PARTIE DE L'ÉQUIPE DU PÔLE DE SANTÉ SUD ESTUAIRE



de 6 mois. Le protocole permet ainsi de proposer une amorce de prise en charge.

LE PROBLÈME DE LA RENTABILITÉ

« *En évaluant le protocole, on aimerait le faire évoluer. L'aspect gratuit, qui visait à faciliter l'accès aux soins, est finalement assez contre-productif, car cela n'encourage pas l'implication des familles* », constate Alice Le Carre, qui, pour la construction d'autres protocoles, n'a pas choisi cette option.

Autre difficulté à laquelle a été confrontée la coordinatrice : la mobilisation de l'équipe, pour des réunions de travail deux ou trois fois dans l'année. Il a fallu également composer avec les aspects réglementaires et en particulier la liste des protocoles issue du règlement arbitral en 2015. « *Notre protocole de surpoids de l'enfant n'en fait pas partie et ne peut donc pas être inclus dans nos justificatifs dans le cadre des NMR pour la catégorie protocoles. On le met donc dans la catégorie "actions de prévention". Cela a été un peu la douche froide et le protocole aujourd'hui nous coûte plus que ce qu'il nous rapporte* », explique-t-elle. Néanmoins, « *la culture du protocole commence à être bien intégrée* », alors que deux autres protocoles, l'un consacré à la prévention du risque de chute de la personne âgée à domicile et l'autre au dépistage et à la prévention de la dénutrition chez la personne âgée sont en train de voir le jour. Deux groupes de travail ont été conçus pour les mener à bien. ◀

« Mon rôle est surtout de motiver les troupes »

Avec 15 habitants au km² et une fragile démographie médicale, les professionnels de santé du territoire de Vassivière, une zone profondément rurale de Haute-Vienne aux abords du Lac de Vassivière, ont voulu, dès 2007, répondre au double défi d'assurer des soins de qualité et pérennes au plus près des habitants et de prendre en charge de manière satisfaisante une population âgée toujours plus nombreuse. Le projet de MSP était alors lancé par les docteurs Jean-Paul Leventoux et Elisabeth Piry-Siou, avec le soutien d'une agence de consulting, de la communauté de communes des Portes de Vassivière et des trois communes d'Eymoutiers, Peyrat-le-Château et Nedde. En octobre 2014, l'antenne d'Eymoutiers (neuf professionnels de santé) ouvrait ses portes, suivie quelques mois plus tard de celle de Peyrat-le-Château (six infirmiers en deux cabinets). Reposant sur le béné-

volat, le mode associatif, choisi au départ, a finalement montré ses limites (démotivation face à la lourdeur administrative, difficulté à fédérer les professionnels autour d'un même logiciel d'échange de données sécurisé, etc...). Les deux médecins et le kinésithérapeute Emmanuel

EXPLIQUER LA MÉTHODOLOGIE PUIS TRAVAILLER PAR THÈME EN PETITS COMITÉS

Garniche ont alors récemment décidé de se regrouper sous forme de SISA *. « En évoluant vers une SISA et en voulant entrer dans le cadre des nouveaux modes de rémunération (NMR), ce qui permet notamment de pouvoir continuer à financer une coordinatrice, nous avons décidé de créer des protocoles pluridisciplinaires de soins. L'objectif est de faciliter le travail sur des bases communes et d'améliorer la trajectoire du patient sur le territoire », indique Valérie Rabet, coordinatrice de la MSP des Portes de Vassivière. « Mon rôle pour aider à la rédaction de ces protocoles et du projet de santé est surtout de motiver les troupes et d'arriver, dans les emplois du temps très chargés des professionnels de santé de notre MSP, à poser des réunions et à encourager des professionnels à se regrouper en équipe pluriprofessionnelle. Nous avons monté, tout d'abord, des réunions générales pour expliquer notre méthodologie puis des réunions en plus petits comités, par thème de protocole », explique-t-elle.

*
Voir notre dossier « Exercer en groupe : quel cadre juridique ? », avril 2017.

la déshydratation chez le sujet âgé et la déglutition et les risques de fausse route chez le sujet âgé. « J'ai contacté la HAS, qui nous a conseillé de faire des protocoles extrêmement simples et d'impliquer le maximum de professionnels, pour de vraies réalisations de terrain. Le but n'étant pas de s'imposer quelque chose que l'on ne pourra pas appliquer et évaluer », témoigne-t-elle. Trois dates de réunions ont permis de lancer le projet autour d'une présentation générale sur les protocoles. Il a fallu ensuite faire émerger des idées et donner l'envie de se regrouper pour un travail en équipe, sur les thèmes choisis. Chaque groupe de travail s'est alors attelé à la rédaction du protocole, en s'appuyant sur les ressources de la HAS, de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) et des revues scientifiques, avec le soutien de la coordinatrice pour l'organisation et l'animation des réunions, la rédaction de la fiche d'identité du protocole et pour la création de la grille d'évaluation. L'étape suivante étant la diffusion du protocole auprès des autres personnes concernées afin qu'elles l'évaluent, l'amendent et proposent une mise en place au sein de la MSP. Chaque protocole sera ensuite proposé à l'ARS pour avis et future validation, ainsi qu'à la Caisse primaire d'assurance maladie, dans le cadre du projet NMR. « Nous n'en sommes vraiment qu'au démarrage de ce chantier, même si plusieurs thèmes ont déjà été choisis et certains protocoles ont été rédigés. Je nous croyais en retard sur ce projet mais il me semble, en échangeant avec d'autres maisons de santé de la région que nous sommes plutôt sur la bonne voie », constate Valérie Rabet. ◆

DONNER L'ENVIE DE SE REGROUPER

A l'issue d'un sondage en ligne, quatre thèmes ont été choisis dans la liste des pathologies ou situations prioritaires de l'ARS pour démarrer : la lombalgie chronique, le mal perforant du pied du diabétique,



VALÉRIE RABET,
coordinatrice de la MSP des Portes de Vassivière

« Nous utilisons quotidiennement cinq protocoles »

Les photos que tu n'as envoyées sont un peu tristes. Peut-être on peut laisser comme ça ???

Le protocole « insuffisance cardiaque » élaboré par la maison de santé Pyrénées-Belleville, tient sur une page (voir ci-contre). Un travail de synthèse qui a nécessité une longue concertation et la mobilisation de toute l'équipe. « Nous avons beaucoup travaillé nos protocoles, nous en utilisons quotidiennement cinq sur les six, mais l'Assurance maladie n'en a retenu qu'un seul et nous ne savons pas lequel de ces protocoles a été accepté, ce qui est assez irritant », annonce d'emblée le Dr Mady Denantes, médecin généraliste à la maison de santé des Pyrénées, à Paris. Ici, tous les protocoles ont leur histoire et sont partis d'un problème ou d'un « bug ». Le protocole le plus ancien, sur l'insuffisance cardiaque, est ainsi né à la suite de la prise en charge d'une patiente diabétique, qui souffrait d'une cardiopathie ischémique. « Les infirmiers passaient chez elle tous les jours, sentaient bien qu'elle n'allait pas bien, mais ils me protégeaient un peu, en tant que médecin, pour ne pas m'imposer trop de visites. Or, il y avait des critères qui auraient dû déclencher mon passage. Nous avons donc décidé de mettre au point ces critères d'alerte, pour que la visite du médecin intervienne avant une insuffisance cardiaque sévère ». Aujourd'hui, tous les patients insuffisants cardiaques vus à domicile par les infirmiers sont inclus.

FAIRE SIMPLE

Depuis, l'équipe a mis au point d'autres protocoles sur des thématiques diverses. L'un est consacré à la prévention de l'accident d'exposition au sang au sein de l'équipe



(après deux accidents en un an) et consiste simplement à demander à la personne qui s'occupe du ménage de mettre toujours à disposition des soignants une boîte d'aiguilles vide dans un placard, dans chaque cabinet. « Quand une boîte est pleine, mais pas archi pleine, le soignant prévenu ferme la boîte, la laisse sur la pailasse et sort la boîte vide du placard », explique Mady Denantes, qui constate qu'il n'y a plus eu d'accident depuis. Un autre protocole est très souvent utilisé, celui de l'automesure tensionnelle. Destiné au patient ayant une PA supérieure à 140 et/ou 90mmHg en consultation avec ou sans traitement antihypertenseur, il vise à éviter le sur/sous diagnostic et le sur/sous traitement, à détecter « l'effet blouse blanche » de l'HTA et à limiter l'inertie thérapeutique. La première étape consiste pour le médecin à adresser le patient au pharmacien, en lui remettant une

CARTOUCHE ROUGE • TEXTE
CARTOUCHE ROUGE • TEXTE

fiche d'automesure. Cette fiche, notifiant le nom du médecin prescripteur, les coordonnées de la pharmacie et le nom du patient, son téléphone et la date du jour fait office d'ordonnance et permettra de recueillir les résultats de l'automesure. Le pharmacien prête ensuite l'appareil à auto-mesure habilité ANSM avec un brassard huméral adapté à la morphologie du patient et en explique le fonctionnement ainsi que les modalités de prise des PA sur 3 jours (3 mesures le matin au réveil avant le petit-déjeuner et 3 mesures le soir entre le dîner et le coucher). Le pharmacien note sur un dossier informatisé la date du prêt et les coordonnées du patient. La troisième étape consiste pour le pharmacien à récupérer les données et l'appareil à auto-mesure. Il fait la moyenne des PA si le patient ne l'a pas fait, et faxe la fiche au médecin traitant dont le nom est signifié sur la fiche. Deux cas de figure sont mentionnés dans la quatrième étape : si la PAS moyenne est supérieure à 135 et/ou si la PAD moyenne est inférieure à 85, le pharmacien alerte le médecin traitant par SMS et recommande au patient de prendre RV auprès de son médecin traitant. Si la PAS moyenne est comprise entre 135 et 85, le pharmacien rassure le patient. La MSP a également travaillé sur quatre autres protocoles (AVK, insuline rapide, insuffisance cardiaque et alcool). « Pourquoi fonctionnent-ils ? Parce qu'ils sont simplissimes », souligne le Dr Denantes. ♦

RETROUVEZ-NOUS SUR
WWW.LECONCOURSMEICAL.FR