



ÉLABORER UN PROTOCOLE PLURIPROFESSIONNEL

AU SEIN D'UNE MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE (MSP)



DÉFINITIONS ET NOTIONS DIVERSES

PROTOCOLE(S) PLURIPROFESSIONNEL(S)

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS)¹, « 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 ».

LES OBJECTIFS D'UN PROTOCOLE PLURIPROFESSIONNEL POUR LA MSP

- Répondre à un besoin de l'équipe pour une meilleure prise en charge pluriprofessionnelle de leur patientèle
- Encourager le travail collectif en s'appuyant sur l'expérience et les compétences des professionnels de santé (PS) concernés
- Améliorer la coordination des membres de l'équipe lors de situations complexes et/ou fréquentes
- Formaliser et harmoniser les pratiques existantes selon les recommandations de la HAS et validées par l'équipe localement

L'élaboration et la mise en place de protocoles pluriprofessionnels est un indicateur socle de l'axe 2 (travail en équipe/coordination) de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) pour les structures de santé pluriprofessionnelles.

Chaque protocole est valorisé à hauteur de 100 points fixes, soit 700 €, le point valant 7 €. Huit protocoles peuvent être rémunérés au maximum, soit 5 600 €.



Dès qu'un protocole est validé par l'équipe, il est conseillé de le transmettre pour étude au référent CPAM de votre département mentionné ci-après, au plus tard en fin d'année.

LES 7 THÈMES PRIORITAIRES POUR ÉLABORER UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE PLURIPROFESSIONNEL DANS LE CADRE DE L'ACI (ANNEXE 3)

- Affections sévères compliquées ou décompensées (insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, troubles psychiques graves...)
- Pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluriprofessionnelle 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...

¹ Haute Autorité de Santé. Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? 2015 février.

- 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



Ces 7 thèmes sont à privilégier pour l'élaboration de protocoles de prise en charge pluriprofessionnelle et pour les réunions de concertation réalisées autour de dossiers de patients.



LES DIFFÉRENTES ÉTAPES POUR RÉDIGER UN PROTOCOLE PLURIPROFESSIONNEL DE LA MSP

- Choisir un thème de préférence parmi les 7 thèmes listés en annexe 3 de l'ACI (cf. ci-dessus) répondant à un besoin explicite de l'équipe des professionnels
- Se réunir en associant les professionnels concernés par sa mise en oeuvre
- Analyser les pratiques en cours et définir un objectif
- Décrire précisément Qui ? Quoi ? Comment ? Avec Qui ? Avec Quoi ?
- Rédiger le protocole en prévoyant son évaluation afin de pouvoir le mettre à jour le cas échéant
- S'assurer de sa bonne appropriation par toute l'équipe

EN RÉSUMÉ

Un protocole pluriprofessionnel utile à une meilleure prise en charge des patients sera :

- **simple dans sa forme** : court pour une lecture rapide et fonctionnelle (avec si possible une synthèse sous forme de logigramme, schéma...)
- **simple dans son ambition** : un objectif simple, à la portée de l'équipe avec des résultats rapidement visibles et approuvés par tous ;
- **simple dans sa mise en oeuvre** : ancré dans la pratique des professionnels, conforme aux recommandations scientifiques ;
- **adapté à chaque équipe pluriprofessionnelle** ;
- **suivi, évalué et réactualisé** : avec des retours entre PS en réunions de concertation.



La HAS a rédigé plusieurs exemples de protocoles pluriprofessionnels (sur les AVK et HTA) consultables sur le site internet.



CANEVAS « INDICATIF » POUR RÉDIGER UN PROTOCOLE PLURIPROFESSIONNEL

Afin de vous aider dans la rédaction et préciser notamment les attendus de la rubrique, quelques indications sont mentionnées **en bleu**.

Titre du protocole : court, facilement mémorisable		
Thème listé sur annexe 3 de l'ACI : oui <input type="checkbox"/> Lequel : non <input type="checkbox"/>		
Un protocole ne répondant pas à l'annexe 3 pourra être validé s'il répond positivement à tous les critères essentiels d'évaluation de l'Assurance Maladie cités ci-dessous.		
Nom et siège de la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) :		
Date de la création initiale du protocole par l'équipe :		
Délai prévu avant l'évaluation du protocole par l'équipe de la MSP : limitée (un an maximum conseillé pour éventuelles modifications si nécessaire)		
Date(s) de modification(s) effectives(s) du protocole : afin de rendre le protocole encore plus pertinent par rapport aux besoins		
Dernière date de validation par l'équipe du protocole en cours :		
Membres du groupe de travail ayant participé à l'élaboration (écriture) de ce protocole :		
Réfèrent(e)s de ce protocole, personnes ressources : nom et adresse mail (afin de permettre à l'Assurance Maladie une éventuelle prise de contact)		
Liste des professionnels de la MSP adhérant à la prise en charge : nom, prénom, suivi de la profession		
1.	5.	9.
2.	6.	10.
3.	7.	11.
4.	8.	12.
Liste éventuelle du(es) professionnel(s) extérieur(s) à la MSP mais signataire(s) du projet de santé et/ou adhérant à la prise en charge après information et consentement du patient sur le partage des données médicales nécessaires.		
Envisageable si le protocole répond à un vrai besoin identifié et porté par une équipe pluriprofessionnelle de la MSP, après information puis consentement du patient sur le partage des données médicales.		
1.	2.	3.

Problématique :

Objectif général : *ce que le protocole est sensé améliorer pour la patientèle concernée*

Objectifs secondaires (opérationnels) : *choisir 1 à 3 objectifs simples et ciblés, rédigés à l'aide de verbes d'action. Par exemple : initier, améliorer, développer, combler, organiser, encadrer, sensibiliser, participer à, éviter, limiter, réduire, minimiser, maintenir, encourager, soutenir, engager...*

- 1.
- 2.
- 3.

Il est attendu que chaque objectif bénéficie d'une évaluation (Cf. ci-après).

Patients concernés : *critères d'inclusion (ne pas voir trop large) et éventuels critères de non inclusion*

Rôle de chaque intervenant et coordination des intervenants impliquant plusieurs catégories de PS de l'équipe (*pas de simple exécution de prescriptions entre binôme ou de protocole purement organisationnel*): schéma, logigramme possible.

- Qui fait quoi ? *Préciser chaque action de prise en charge thérapeutique et de prévention*
 - MG
 - IDE
 - Kiné
 - [Pharmacien...]
- Quand ? *À quel moment intervient chaque professionnel ?*
- Comment ? *Quels échanges d'informations ont lieu entre chaque professionnel ?*
- Quel(s) apport(s) pour le patient par rapport à une prise en charge non coordonnée ?

Échanges entre professionnels et/ou en réunions de concertation pluriprofessionnelles :

- *Pour discuter du suivi des patients et analyser leur prise en charge coordonnée*

- *Pour mettre à jour le protocole*

Fréquence des réunions ? Dates ? Prochaine date si connue ?

ÉVALUATION : Il est attendu que chaque objectif bénéficie d'une évaluation

▶ **Une ou plusieurs possibilités, au choix**

- ▶ Évaluation des résultats par les PS et/ou par les patients à l'aide d'indicateurs choisis de pratique clinique/de qualité : *outils de traçabilité dans le système d'information/codage informatiques CIM 10, CISP... recherche multicritères puis étiquettes... données cliniques, biologiques, médicament, autres... nombre de personnes prises en charge, taux...*
- ▶ Évaluation de la satisfaction des patients, des PS : *sous forme de questionnaires...*
- ▶ Évaluation du processus : *pertinence du protocole ? Éventuelles modifications des critères de prise en charge, besoins, formations nécessaires...*

▶ Devant les nombreuses difficultés rencontrées par les équipes : quelques exemples d'évaluations possibles ci-dessous :

▶ Évaluation des résultats :

- Par les PS : *évaluer les objectifs définis à l'aide des indicateurs choisis, par exemple :*

		Indicateur	Patient 1	Patient 2	Patient ...X	Total	Moyenne	Gain obtenu	Taux de progression moyen = gain/taux initial X 100
Objectif principal	<i>Améliorer</i>								
Objectif secondaire 1	...	<i>Par exemple : - Résultats du bilan initial - Résultats du bilan final</i>							
Objectif secondaire 2	...								
Objectif secondaire 3	...								

• Par les patients:

« Qu'avez-vous appris ou retenu ? Qu'avez-vous modifié dans votre quotidien ? »

▶ Évaluation de la satisfaction des patients : *par exemple*

	Pas du tout d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<i>Ce programme que j'ai suivi dans son intégralité m'a été utile</i>				
<i>Ce programme m'a aidé à mieux connaître ma maladie?</i>				
<i>Je suis satisfait de la prise en charge des différents professionnels</i>				

▶ Évaluation par les patients et les PS du processus : *durée pertinente ? Technique ou méthode utilisée, outils : « vous changeriez quoi ? »*

Bibliographie, références scientifiques : *utilisées pour élaborer le protocole, recommandations élaborées par les agences sanitaires (Haute Autorité de Santé (HAS), ANSM, Santé Publique France...). S'il n'existe pas de preuve, l'équipe peut adopter une position sur les meilleures pratiques possibles sur la base d'un consensus du groupe basé sur l'expérience des PS.*

Annexes avec la liste des documents associés : *documents nécessaires, utiles pour la mise en oeuvre du protocole (fiche d'inscription, outils, questionnaires...) éventuel tableau récapitulatif ou logigramme.*

Lieu de consultation du protocole pluriprofessionnel, des annexes : *fichier informatique, via le système d'information partagé, classeur, etc.*



LES ATTENTES DE L'ASSURANCE MALADIE POUR VALORISER LES PROTOCOLES PLURIPROFESSIONNELS

Une fois transmis au référent CPAM, le protocole pluriprofessionnel sera ensuite envoyé au Service Médical pour analyse (tout particulièrement ceux dont le thème ne figure pas dans la liste à l'annexe 3 de l'ACI).

Besoin et contexte de mise en oeuvre	
Critères essentiels	Le protocole répond à un vrai besoin identifié par l'équipe.
	Le besoin identifié nécessite l'intervention coordonnée de plusieurs catégories de professionnels de santé de l'équipe (qui ne se limite pas à un binôme dans une relation prescripteur-exécutant).
Contenu	
Critères essentiels	Les objectifs de la prise en charge sont précisés.
	Le protocole est limité à un ou des points critiques de la prise en charge.
	Il précise le rôle de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge.
	Il précise les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge.
	Il est conforme aux bonnes pratiques ou lorsqu'elles n'existent pas, est basé sur les meilleures pratiques possibles sur la base d'un consensus du groupe.
	Il prévoit des outils associés à la prise en charge.
Accessibilité	
	Le protocole est simple et aisément consultable lors des soins.
Autoévaluation	
	Il prévoit des critères de suivi.
Critères essentiels	Le protocole prévoit des échanges en équipe pluri professionnelles afin de permettre des réactualisations régulières.



ATTENTION, tous les critères essentiels sont nécessaires à la validation du protocole pluriprofessionnel.



ATTENTION, ne pourront pas faire l'objet d'une rémunération ACI les protocoles :

- se limitant à un binôme dans une relation prescripteur/exécutant (simple exécution de prescription) ;
- ayant pour objet uniquement une délégation de tâches purement organisationnelles (gestion des appels, adressage vers un médecin correspondant ...) ;
- constituant un rappel de conduite à tenir dans certaines situations (en cas de présence d'un patient agressif dans la MSP...).



ATTENTION, les missions de Santé Publique et les Protocoles de Coopération cités ci-dessous ne peuvent pas être considérés comme des protocoles pluriprofessionnels.

MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Elles impliquent un ou plusieurs professionnels de santé de la MSP et des acteurs du territoire.

L'objectif principal est de mettre en place des actions collectives de prévention pour la population en lien avec les besoins de santé de la population d'un territoire et le projet de santé de la MSP.

Des fiches « Missions de Santé publique » ont été rédigées par l'ARS pour aider les équipes à mettre en oeuvre ces actions avec des objectifs de progression annuelle. Les thèmes à privilégier sont listés en annexe 2 de l'ACI :

- actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale,
- lutte contre la tuberculose,
- surpoids et obésité chez l'enfant,
- souffrance psychique et conduite addictive chez les adolescents de 12 à 25 ans,
- prévention du suicide,
- prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) pour les régions non incluses dans les expérimentations PAERPA,
- prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité,
- éducation thérapeutique et éducation à la santé.

Validées par l'ARS, elles doivent être en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS). Il y a possibilité d'extension de la liste en fonction des objectifs du PRS et des spécificités territoriales. Chaque mission réalisée dans l'année est valorisée par 350 points variables (2 missions au maximum/an et 1 mission maximum/thème retenu).

PROTOCOLES DE COOPÉRATION

Il s'agit de transferts de compétences, de tâches selon l'art. 51 de la loi HPST, par exemple les protocoles ASALEE, entre ophtalmologistes et orthoptistes.

L'objectif principal est de garantir aux patients un accès aux soins de qualité tout en optimisant le parcours de soins par une coordination performante.

Le second objectif est de permettre l'évolution de l'exercice professionnel paramédical par l'extension de ses champs d'intervention tout en centrant l'activité médicale sur des missions d'expertise.

Leur déploiement et l'enregistrement des équipes s'effectue auprès de l'ARS.

Les financements sont différents, ne donnant pas droit à valorisation par le biais de l'ACI.

Textes de référence

- Haute Autorité de Santé. Comment élaborer et mettre en oeuvre des protocoles pluriprofessionnels ? 2015 février.
- Haute Autorité de Santé. Protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours, exemple gestion quotidienne des AVK 2011 novembre.
- Ministères des solidarités et de la santé, de l'action et des comptes publics. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles.
- Instruction DSS/CNAMTS du 29 novembre 2017 relative à la mise en oeuvre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les structures pluriprofessionnelles
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016, article 96.



LES CONTACTS

Pour plus d'information ou pour un accompagnement sur l'élaboration des protocoles pluriprofessionnels, vous pouvez contacter vos référents MSP de l'Assurance Maladie (CPAM/Service Médical) - ARS - et facilitateurs de la FEMAS AURA.

LES RÉFÉRENTS MSP DE L'ASSURANCE MALADIE

	CPAM		Service médical	
	Nom du référent	Contact mail	Médecin référent	Contact mail
01	Catherine GUILLERMIN		Emmanuelle GUICHARD	
03	Christophe CHAULIAGUET		Marie - Dolores MATHONNAT	
07	Brigitte AYMÉ		Joël DELHOMME	
15	Marie-Alexia BRAYAT		Dominique LENIAL	
26	Mélanie NUBLAT		Nicole FERRIER	
38	Frédérique CHERDO		Frédérique GIRARD	
			Eléonore ALTER-FEROTIN	
42	Emanuelle BOYET		Guy DELORME	
43	Amélie SOLVERY		Cécile BARBE	
63	Joëlle CONDAT CUNY		Bernadette VILLAUME	
69	Fanny DONNADIEU Muriel TARDIF		Nathalie CLAVEL	
73	Christine-Soonie DELOGE		Jean-Marc GAY	
	Edmond GUILLOT		Camille JACQUEMOUD	
74	Pamela MARINI		Jean-Marie DRUGE	
			Bernard VERMOREL	
			Sonia BLAZY	

LES FACILITATEURS DE LA FEMAS AURA (FÉDÉRATION DES MAISONS DE SANTÉ EN AUVERGNE ET RHÔNE ALPES)

Les objectifs de l'association sont notamment de représenter et soutenir la mise en place des maisons de santé de la région Auvergne Rhône Alpes, aider les professionnels de santé des maisons de santé et autres regroupements dans les domaines de la gestion, du management et de l'organisation (une convention de partenariat a été signée avec l'ARS AURA).

	Nom	Contact mail
01	Olivier BELEY	@
	Mathieu CAMBIER	@
	Pierre DE HAAS	@
	Carole DI BENEDETTO	@
	Daniel IOSTI	@
	Céline LEBIHAN	@
	Valérie MAYER	@
	David PREMEL	@
	Pierre GENOT	@
03	Guillaume DE GARDELLE	@
	Nathalie PAYANT-MARTINET	@
07	Francis PELLET	@
15	Etienne DESLANDES	@
26	Philippe BISMUTH	@
	Fanny CASANOVA	@
	François MIQUEY	@
38	Jean-Christophe CARRAZ	@
	Benoît FOSSIER	@
	Pauline GIRARD	@
	Dominique LAGABRIELLE	@
	Patrick LAMBERT	@
	Julian MARSAC	@
	Valérie MOUTON	@
	Bruno PICHAT	@

	Nom	Contact mail
42	Emmanuelle BARLERIN	@
	Lisa OTTON	@
43	Antoine DEMARS	@
	Jacques LABROSSE	@
63	Bruno FOLLANFANT	@
	Yoann MARTIN	@
	Thibault MENINI	@
69	Gael BERNARD	@
	Ludovic BINDER	@
73	Sophie AUGROS	@
	Julie CACHARD	@
	Jean-Louis CORREIA	@
	Florence GRAND	@ ou @
	Jean-Marie GAGNEUR	@
74	Loic TEPHANY	@
	Jean-Marie GAGNEUR	@

LES RÉFÉRENTS MSP DE L'ARS

	Nom du référent	Contact mail
01	Marion FAURE	@
	Alain FRANÇOIS	@
03	Elisabeth WALRAWENS	@
07	Anne-Laure PORREZ	@
15	Christelle CONORT	@
26	Stéphanie DE LA CONCEPTION	@
	Aurélië FOURCADE	@
38	Nathalie BOREL	@
	Anne-Barbara JULIAN	@

	Nom du référent	Contact mail
42	Maxime AUDIN	@
	Alain COLMANT	@
43	Annick ADIER	@
63	Pauline DELAIRE	@
69	Christiane CHARDON	@
	Anabelle JAN	@
73	Sarah MONNET	@
74	Hervé BERTHELOT	@



EXEMPLE DE PROTOCOLE RÉPONDANT AUX CONDITIONS DE L'ACI

Titre du protocole : *prévention de la récurrence de chute des patients âgés fragiles vivant à domicile*

Thème listé sur annexe 3 de l'ACI : oui Lequel : **Thème 4** non

Nom et siège de la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) :

Date de la création initiale du protocole par l'équipe :

Délai prévu avant l'évaluation du protocole par l'équipe de la MSP : *chaque 9 mois (trois mois de prise en charge (PEC) puis 6 mois de non PEC et bilan final)*

Date(s) de modification(s) effectives(s) du protocole :

Dernière date de validation par l'équipe du protocole en cours :

Membres du groupe de travail ayant participé à l'élaboration (écriture) de ce protocole :

Référent(e)s de ce protocole, personnes ressources :

PAYANT Nathalie ; sisamspbellenaves@orange.fr

Liste des professionnels de la MSP adhérant à la prise en charge :

1.	4.	7.
2.	5.	8.
3.	76.	9.

Liste éventuelle du(es) professionnel(s) extérieur(s) à la MSP mais signataire(s) du projet de santé et/ou adhérant à la prise en charge.

Le pharmacien et les salariés de la pharmacie.

Problématique :

Selon l'INPES, les chutes sont la première cause de décès accidentel chez les plus de 65 ans. Chaque année 9 300 personnes âgées (PA) de plus de 65 ans décèdent des suites d'une chute. On estime que les trois quarts des décès provoqués par des chutes (450 000 par an) surviennent chez les plus de 75 ans. Le plus souvent les chutes ont lieu lorsque la personne âgée fait un mouvement qui décale son centre de gravité sans qu'elle parvienne à le rééquilibrer car elle a perdu à la fois des capacités musculaires et son équilibre. Mais cette perte de stabilité n'est pas irrémédiable et il est possible d'améliorer son équilibre en réalisant régulièrement des exercices... Une personne âgée sur trois (de 65 ans et plus, vivant à domicile) chute dans l'année. Cette chute est responsable une fois sur trois d'une fracture du col du fémur. Ces chutes aboutissent ainsi, dans la plupart des cas à des séjours à l'hôpital et il en ressort des personnes plus fragiles et fatiguées.

Objectif général :

Améliorer le dépistage de la récurrence des chutes des PA de la MSP vivant à domicile et de leur prise en charge coordonnée.

Objectifs secondaires (opérationnels) :

- 1. Améliorer les performances de la PA aux tests d'équilibre : échelle de Berg et Timed up and go.**
- 2. Compter le nombre de chutes sur neuf mois.**
- 3. Sensibiliser la PA à un chaussage adapté et à des aides techniques éventuelles et ou à l'ergonomie de son domicile.**

Patients concernés :

Critères d'inclusion :

- 1. Patients d'au moins 70 ans vivant à domicile dont le médecin traitant exerce à la MSP**
- 2. ET ayant chuté au moins une fois dans l'année**
- 3. ET/OU sortant d'hospitalisation avec une baisse de l'autonomie liée à une fatigue physique et à une fragilité psychologique**
- 4. ET Echelle de Berg avec score ≤ 40 corrélé au Timed Up and Go Test $\geq 14s$.**

Critères de non inclusion :

- 1. Patients souffrant de troubles cognitifs empêchant la compréhension des tests ;**
- 2. Patients non « patients traitants » de la MSP.**

Rôle de chaque intervenant et coordination des intervenants impliquant plusieurs catégories de PS de l'équipe.

QUI FAIT QUOI ?

MÉDECIN GÉNÉRALISTE TRAITANT :

- ▶ *Lors des consultations ou visites, pose la question à chaque patient de plus de 70 ans pour lequel il est le médecin traitant : « Avez-vous fait une chute durant l'année passée ? »*
- Dans l'affirmatif poursuit de manière dirigée :*
 - *Interrogatoire : vertiges, troubles visuels, céphalées, troubles tensionnels et rythmiques, troubles articulaires, recherche de iatrogénie, etc. ;*
 - *Examen clinique : tension artérielle, pouls, auscultation, examen articulaire et locomoteur, tests d'équilibre, etc.*
 - *Décision adaptée à la situation du patient avec poursuite si besoin des bilans et/ou prescription d'un traitement adapté et/ou déprescription si besoin ;*
 - *Et /ou prescription d'une ordonnance pour le MK intitulé « bilan initial et rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé ».*
- ▶ *Interroge, examine et prescrit une ordonnance de MK pour les patients de la MSP ayant bénéficié d'un bilan auprès des kiné de la MSP et adressés par ces derniers.*

KINÉSITHÉRAPEUTES DE LA MSP :

- ▶ *Posent la question à tout patient de plus de 70 ans : « Avez-vous fait une chute durant l'année passée ? »*
- ▶ *Dans l'affirmatif :*
 - *Effectuent le bilan initial avec les deux tests : échelle de Berg et Timed up and go test ;*
 - *Adressent le patient au MG en cas d'accès direct au kiné pour examen et prescription de l'ordonnance de rééducation ;*
 - *Réalisent la rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des 2MI, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé à raison de deux séances par semaine pendant trois mois ;*
 - *Réalisent un bilan intermédiaire à la suite de la prise en charge à trois mois puis un bilan final six mois après la fin de la PEC.*

LE PHARMACIEN ET LE PERSONNEL DE LA PHARMACIE :

- ▶ *Dépistage simple consistant à poser la question aux plus de 70 ans : « Avez-vous fait une chute durant l'année passée ? »*
- ▶ *Dans l'affirmatif, il orientera vers le médecin traitant ou le kinésithérapeute du patient, selon les préférences du patient.*

AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE LA MSP : *idem pharmacien*

Voir organigramme

- ▶ *Quand ? Selon organigramme*
- ▶ *Comment ? Lors de réunions médecin-kiné dès que nécessaire au domicile du patient ou à la MSP, puis à 9 mois.*
- ▶ *Quel apport pour le patient par rapport à une prise en charge mono-professionnelle ? Mobilisation de tous les professionnels pour mieux dépister et prendre en charge les chutes des PA fragiles.*

Échanges entre professionnels et/ou en réunions de concertation pluriprofessionnelles :

1. Pour discuter du suivi des patients et analyser leur prise en charge coordonnée : *réunions médecins-kinés dès que nécessaire.*
2. Pour mettre à jour le protocole :
 - *En RCP à six mois pour le premier état des lieux : savoir si le protocole est pertinent dans sa mise en œuvre (modification des critères de PEC, durée de la PEC ?...);*
 - *Puis nouvelle RCP à chaque fin d'année pour nouvelle évaluation.*

ÉVALUATION : Il est attendu que chaque objectif bénéficie d'une évaluation

Par les PS :

		Indicateur	Patient 1	Patient 2	Patient ...X	Total	Moyenne	Gain obtenu	
Objectif principal	<i>Améliorer le dépistage de la récurrence des chutes chez la PA</i>	<i>Nb de patients ayant chuté et : - recrutés par les PS autres que MG - adressés au Kiné par le MG - ayant bénéficié du bilan initial - ayant suivi la PEC dans sa totalité - perdus de vue</i>						<i>Sans objet</i>	
Objectif secondaire 1	<i>Améliorer les performances de la PA aux tests d'équilibre</i>	<i>- Résultats du bilan initial [A] - Résultats du bilan final à 3 mois[B] - Résultats du bilan à 9 mois[C]</i>						<i>Gain B-A C-A</i>	<i>Taux de progression = Gain/Ax100</i>
Objectif secondaire 2	<i>Compter le nombre de chutes sur les 9 mois</i>	<i>- Nombre de chute à l'admission [A] - Nombre de chute durant la PEC - Nombre de chute à 9 mois [B]</i>						<i>A-B</i>	
Objectif secondaire 3	<i>Sensibiliser la PA au chaussage, aides, ergonomie domicile</i>	<i>- Modification du chaussage A JO A J 3 mois A J 9 mois</i>						<i>oui-non oui-non Modifications à 9 mois : Aucun- Faible- Moyen- important</i>	
		<i>- Changement de lunettes - Modification du domicile : Rampe Tapis enlevés ou collés Douche Autre</i>						<i>oui-non oui-non oui-non</i>	

Par les patients : *selon questionnaire patients remplis par le patient lors des différents bilans d'évaluation, avec l'aide du kiné.*

Questionnaire de M. X				
	Durant l'année précédente Questionnaire à JO Date	Durant la prise en charge Questionnaire à J3 mois Date	Durant les 6 mois après la prise en charge Questionnaire à J 9 mois Date	Remarques éventuelles
Nombre de chutes				
Chaussures, pantoufles adaptées				
Lunettes adaptées RDV pour test de vision pris				
Rampe				
Douche				
Tapis au sol enlevés ou collés				
Autre aménagement ou changement				

Évaluation de la satisfaction et du processus par les patients :

	Pas du tout d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<i>Ce programme que j'ai suivi dans son intégralité m'a été utile</i>				
<i>La durée de ce programme était adaptée à ma progression</i>				
<i>La méthode utilisée était adaptée à mes besoins</i>				
<i>Ce programme m'a aidé à mieux connaître ma maladie</i>				
<i>Je suis satisfait de la prise en charge des différents professionnels</i>				

Évaluation par les PS du processus : *selon questionnaire patients et réunions pluriprofessionnels*

Bibliographie, références scientifiques :

Actualités Santé publique France, chutes, 2014 Avril ; Direction de l'évaluation médicale, économique et santé publique HAS septembre 2012.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/accidents/chutes.asp>.

<https://www.capretraite.fr/blog/sante/gerontechnologie-sattaque-aux-chutes-personnes-agees>.

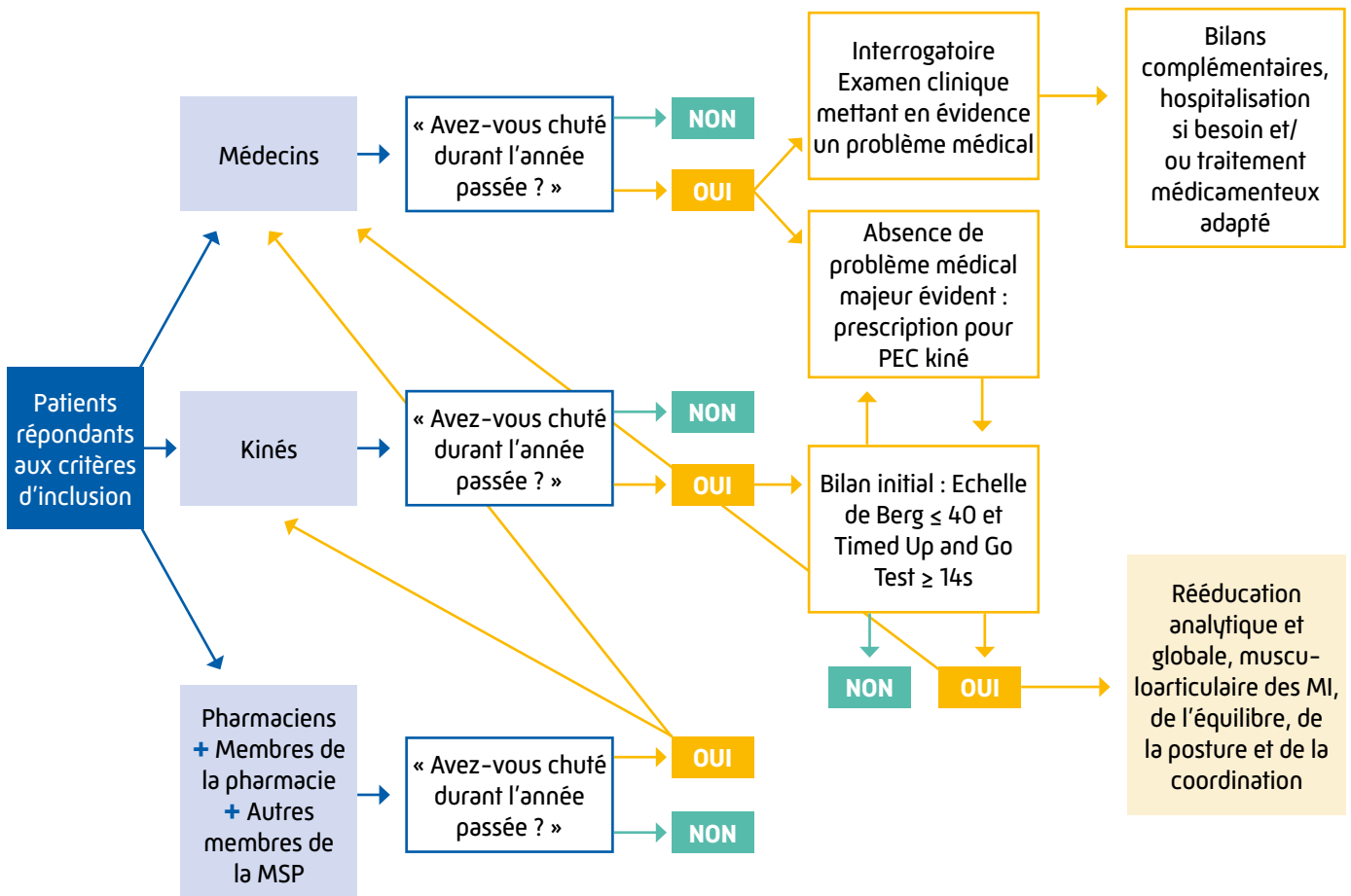
Annexes avec la liste des documents associés :

Organigramme de la PEC ; tableaux d'évaluations à destination des patients.

Lieu de consultation du protocole pluriprofessionnel, des annexes :

Via le système d'information partagé ou documents papiers.

ORGANIGRAMME RÉCAPITULATIF





EXEMPLE DE PROTOCOLE NE RÉPONDANT PAS AUX CONDITIONS DE L'ACI

SOINS PALLIATIFS

À 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 structure 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 le traitement déraisonnable, 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 des 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.

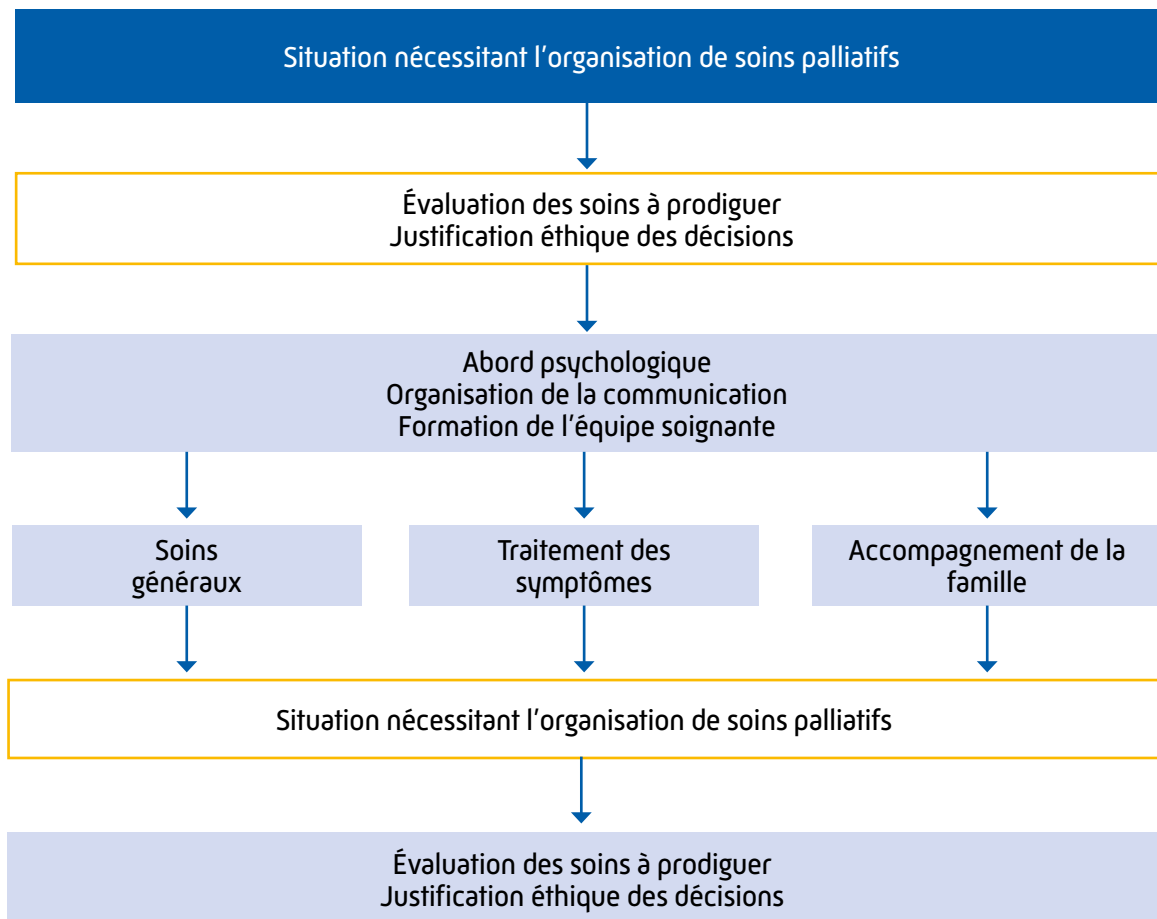
Nous présentons dans cette recommandation l'organisation générale des soins palliatifs et la prise en charge de 5 symptômes particulièrement gênants : la dyspnée, la nausée, l'anxiété, la douleur et la constipation.

QUELS PATIENTS TRAITER ?

Tout patient atteint d'une maladie grave, évolutive, mettant en jeu un 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.



ÉVALUATION DE L'INDICATION DES SOINS PALLIATIFS

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

ÉVALUATION DES SOINS À PRODIGUER

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

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.

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.

SOINS GÉNÉRAUX

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

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 des données de l'observation.

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.

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.