

Et aussi **sur le Web**

- **Tous les items** en version PDF
- **Tests** de lecture
- Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ? **Les réponses**
- **Des photothèques**
- **Des quiz**
- **Des vidéos**
- **Des interviews**

# RÉFÉRENCES UNIVERSITAIRES

## Un protocole pluriprofessionnel, c'est... et ça n'est pas...

**Jean-Michel Chabot**  
Faculté de médecine,  
Marseille

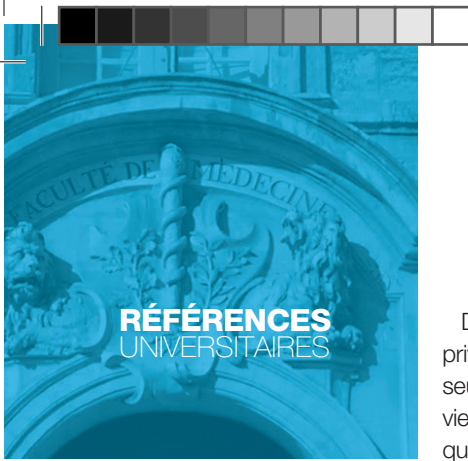
Deux évolutions profondes concernent les médecins et au-delà l'ensemble des 18 professions de santé. La première s'exprime par l'attrait que représente pour les plus jeunes (et nombre des autres) l'exercice dans le cadre d'un regroupement professionnel (maison ou pôle de santé). Ainsi, plusieurs caractéristiques désormais considérées comme des avantages y sont rattachées : avant tout la sécurité et le confort d'exercice qui résultent du non-isolement et de la possibilité d'échapper aux contraintes de l'exercice individuel. Également la possibilité d'une diversification ou d'une « personnalisation » des activités, professionnelles ou non. Enfin, la capacité d'intervention – sur les questions sanitaires et sociales – que peut revendiquer un regroupement, singulièrement quand il s'agit du premier recours sur un territoire identifié. La seconde évolution se joue du côté des malades et plus largement au sein de la population ; on peut résumer cette seconde évolution par une formule : les malades sont devenus savants et les maladies chroniques. Avec un corollaire selon lequel les comorbidités (ou la polypathologie) deviennent la règle pour une majorité des malades au-delà de 60 ans, si bien que l'approche prédominante par maladie devient le plus souvent inappropriée.<sup>1</sup>

Ces deux évolutions profondes ont une conséquence pratique, que chacun peut avoir expérimentée : dès lors que des professionnels se regroupent, ils échangent sur leurs pratiques, visualisent plus clairement le périmètre d'action de

chacun et conviennent volontiers d'une manière partagée de s'occuper des malades. Cette « manière partagée de faire » porte un nom, ce sont des protocoles. Et puisque les malades et leurs comorbidités chronicisées réclament des interventions diverses et répétées de plusieurs métiers de la santé, ces protocoles échappent aux seuls médecins et deviennent pluriprofessionnels. Et même, avec mesure, accèdent aux demandes de malades de plus en plus informés et responsabilisés, en leur confiant un rôle (définissant ainsi une éducation thérapeutique de deuxième génération).

À ce point, considérant autant la totalité des 19 professions de santé que les malades et leurs comorbidités, ces protocoles pluriprofessionnels risquent fort d'être délicats ou compliqués à établir, et même de se complexifier jusqu'à devenir inutilisables pour finalement être mis de côté. C'est de tout le contraire qu'il s'agit et qui motive ces lignes pragmatiques et simplificatrices sur les protocoles pluriprofessionnels.

Premier constat, les notions de contrainte et de complexité qui s'attachent volontiers au terme « protocole ». Si la contrainte que représente la définition a priori d'une manière de faire n'est pas contestable, son utilité peut être reconnue et surtout, la complexité doit être réduite en appelant à des protocoles simples, voire frustrés – résolument distincts de ce qui se fait par exemple en recherche clinique – et qui s'appliquent aux deux ou trois points clé de la prise en charge d'un malade et non pas à l'exhaustivité de la situation où il se trouve.



## RÉFÉRENCES UNIVERSITAIRES

### RÉFÉRENCE

- Salisbury Ch. Multimorbidity: redesigning health care for people who use it. *Lancet* 2012;380:7-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60482-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60482-6)

Deuxième constat, le parti qui est à prendre de privilégier, sinon réserver, l'approche protocolée aux seules séquences de prise de décision qui interviennent dans le suivi d'un malade (et dont on sait qu'elles provoquent quelquefois des retards et le cas échéant des ruptures dans la prise en charge). Ces séquences protocolées mettent en jeu un nombre limité de données cliniques, certainement moins de 10 dans la plupart des cas.

Troisième constat, indiquer que l'élaboration d'un protocole se nourrit à deux sources (v. figure). D'abord celle de l'expérience clinique partagée, telle que les professionnels en ont l'apanage ; ensuite celle des données de type *evidence based medicine*, issues de l'analyse de la littérature pertinente.

Quatrième constat, s'affranchir de l'idée reçue qui veut qu'un protocole fixe sinon fige les choses, interdit la réflexion et mécanise la pratique. Un protocole est au contraire continuellement soumis à l'épreuve de la clinique et le cas échéant adaptable. De surcroît, il est évidemment louable d'y déroger pour répondre au mieux à un cas très particulier.

Cinquième constat, veiller à ce qu'un protocole identifie d'emblée, clairement et sans surcharge, les données (critères) cliniques qui vont permettre d'apprécier son utilité et son efficacité, le tout porté par un Dataset intégré au logiciel-métier.

C'est cette vision simple du protocole\*, support naturel du travail en équipe, volontairement centré sur les seuls points clés d'une prise en charge – ce que les américains appellent les « *key features* » – qu'il faut promouvoir. Il sera toujours temps, le cas échéant, de compléter/compliquer les choses. •

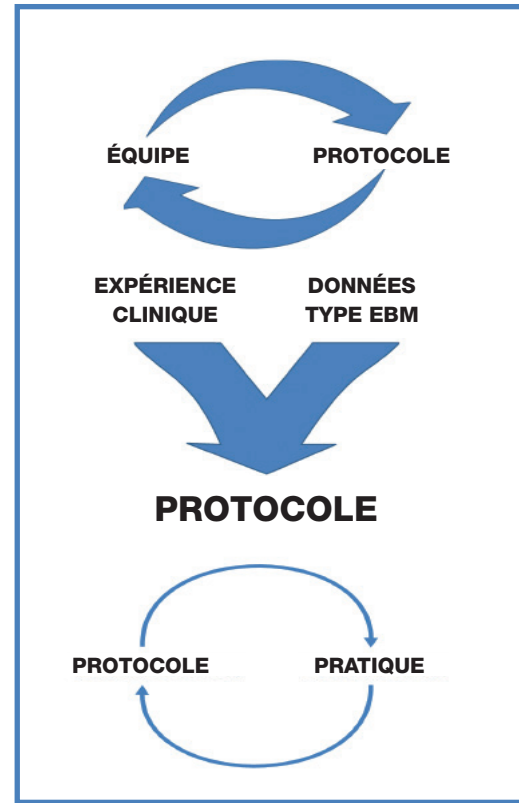


FIGURE Relations entre les protocoles, le travail d'équipe, l'expérience clinique et les données de type EBM

\* Une importante littérature internationale s'est développée ces dernières années sur « les difficultés d'implémentation (sic) des protocoles d'équipe ». Cette littérature est peu conclusive. On pourrait envisager une formule plus radicale : Si une équipe a du mal à utiliser un protocole, c'est qu'il est trop compliqué ; il vaut mieux en faire un autre, (beaucoup) plus simple !

## Les protocoles et les nouveaux modes de rémunération

l'actualité professionnelle vient de porter un éclairage particulier à la question des protocoles pluriprofessionnels.

Ces protocoles constituent en effet une des dispositions principales du « règlement arbitral »<sup>1</sup> qui vient d'être publié au *Journal officiel* en date du 27 février 2015. Selon ces dispositions – qui doublent celles qui peuvent être prises dans le cadre de la convention médicale, réglant les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux – les équipes de soignants, exerçant en secteur ambulatoire peuvent bénéficier de nouveaux modes de rémunération. La possibilité de bénéficier de cette rémunération complémentaire d'équipe suppose un engagement de l'équipe constituée, sur l'accès aux soins, sur l'utilisation accrue des systèmes d'information et sur

l'organisation d'un travail d'équipe, reposant notamment sur la mise en œuvre de protocoles cliniques. On peut ainsi lire dans l'article 3 de ce texte réglementaire : « *La structure élabore, en référence aux recommandations de la HAS, des protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi des patients ... 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.* »

Ainsi, l'évolution spontanée vers un exercice dans le cadre d'un regroupement (pluri)professionnel et son corollaire, la mise en œuvre de protocoles partagés au sein d'une équipe, se trouve – enfin, et plus de 7 années après la

LFSS de 2008 – soutenue par la diversification des modes de rémunération versés à une équipe. De telles évolutions sont aujourd'hui perceptibles dans la plupart des pays développés. On peut cependant redouter que les médecins et autres professionnels concernés n'aient à ce jour une représentation trop contraignante ou trop complexe de ce que les premiers protocoles devraient représenter au sein de leur exercice quotidien. D'où ce propos simplificateur (et en attendant que les plus jeunes bénéficient d'une formation initiale adaptée).

1. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité. <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030289835&dateTexte&categorieLien=id>